



Bachelorarbeit

Adipositas und Körperbild

Unterschiede im Körperbild zwischen adipösen und normalgewichtigen Personen

Madlaina Bezzola

Vertiefungsrichtung: klinische Psychologie

Referentin: Andrea Studer Burkhard

Zürich, Mai 2014

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben. Besonderer Dank gilt allen Probanden, die sich Zeit genommen haben für die Umfrage. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Vielen Dank an Herrn Heinrich von Grünigen, der uns sehr geholfen hat an Probanden zu kommen. Vielen Dank auch an Andrea Studer für die wertvolle Unterstützung und an Franziska Jeker für die angenehme und inspirierende Zusammenarbeit.

Weiter möchte ich mich bei meiner Familie und bei meinem Partner Lars Egert bedanken für ihre Anregungen, Unterstützung und Geduld.

Abstract

In der Schweiz hat sich der Anteil adipöser Personen in den letzten 20 Jahren beinahe verdoppelt. Experten sprechen von einer ‚pandemieartigen‘ Verbreitung der Krankheit die einher geht mit erheblichen gesundheitlichen Risiken. Zudem sind Personen mit Adipositas einem grossen psychosozialen Druck ausgesetzt, denn in verschiedenen Medien wird das Schönheitsideal eines schlanken Körpers vermittelt. Sie leiden häufig unter Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Die erlebten Diskriminierungen können negative Folgen auf den Selbstwert und auf das Körperbild haben.

Die vorliegende empirische Arbeit untersucht die Unterschiede zwischen adipösen und normalgewichtigen erwachsenen Personen hinsichtlich ihres Körperbildes und der Big 5-Persönlichkeitsmerkmale. Zur empirischen Untersuchung der Fragestellung wurde eine quantitative Erhebung in Form eines Online-Fragebogens gewählt. Hierfür wurden die beiden Messinstrumente FKB-20 (Fragebogen zum Körperbild) und NEO-FFI (NEO Fünf-Faktoren Inventar) eingesetzt. Der Fragebogen wurde an adipöse und normalgewichtige Probanden verschickt. Insgesamt haben 32 adipöse und 93 normalgewichtige Personen an der Umfrage teilgenommen.

Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass adipöse Personen über ein signifikant negativeres Körperbild verfügen als normalgewichtige Personen. Bei den Persönlichkeitsmerkmalen konnten keine eindeutigen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Hingegen zeigten sich folgende Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Körperbild: Ein hoher Neurotizismus-Wert kann ein negatives Körperbild vorhersagen und die Dimensionen *Offenheit für Veränderungen*, *Extraversion* und *Verträglichkeit* korrelieren mit einem positiven Körperbild. Aus den Ergebnissen werden Schlussfolgerungen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene gezogen.

Keywords: Adipositas, Körperbild, Big 5 Persönlichkeitseigenschaften, FKB-20

Inhalt

1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellung.....	2
1.3 Methodik und Aufbau.....	2
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Adipositas	3
2.2 Körperbild.....	10
2.3 Adipositas und Körperbild.....	16
2.4 Persönlichkeitsfaktoren und Adipositas.....	18
2.5 Persönlichkeitsfaktoren und Körperbild	19
2.6 Fazit und Forschungslücke	19
2.7 Hypothesen	19
3 Methode	20
3.1 Design	20
3.2 Angaben zur Stichprobe.....	21
3.3 Umsetzung der Onlineumfrage.....	22
3.4 Erhebungsinstrumente	23
3.5 Statistische Verfahren	25
4 Ergebnisse.....	26
4.1 Beschreibung der Studienpopulation.....	26
4.2 Darstellung der Untersuchungsergebnisse.....	29
5 Diskussion	34
5.1 Zusammenfassung der Untersuchung.....	34
5.2 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse	34
5.3 Schlussfolgerung.....	37
5.4 Methodenkritik und Ausblick	38
6 Literaturverzeichnis	39
7 Anhang.....	47

Abbildungen

Abbildung 1 Multifaktorielles Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell der Adipositas (Warschburger & Petermann, 2008)	6
Abbildung 2 Modell zum Zusammenhang von Adipositas und Selbstwert (Petermann & Winkel, 2003)	8
Abbildung 3 Integratives Modell von vermeintlichen Faktoren bei der Entstehung des Körperbildes (Wertheim & Paxton, 2012)	13

Tabellen

Tabelle 1	Zuteilung Body mass index (BMI)	3
Tabelle 2	Abgrenzung der Teilaspekte des Körpererlebens	11
Tabelle 3	Normwerte des Fragebogens FKB-20	25
Tabelle 4	Zusammenfassung der Altersklassen der Studienpopulation	27
Tabelle 5	Verteilung des BMI in der Studienpopulation	27
Tabelle 6	Zusammenfassung des Ausbildungsstandes der Gesamtstichprobe	28
Tabelle 7	Zusammenfassung von Krankheiten der Studienteilnehmenden	29
Tabelle 8	Zusammenfassung von Übergewichtsoperationen der Studienteilnehmenden	29
Tabelle 9	Werte "ablehnende Körperbewertung" der gesamten Studienpopulation	30
Tabelle 10	Werte "vitale Körperdynamik" der gesamten Studienpopulation	30
Tabelle 11	Mittelwerte, Standardabweichungen, Signifikanz der Skalen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit	32
Tabelle 12	Zusammenfassung der Regressionsanalyse (AKB und Persönlichkeitsdimensionen)	33
Tabelle 13	Zusammenfassung der Regressionsanalyse (VKD und Persönlichkeitsmerkmale)	33

Abkürzungen

BMI	Body Mass Index
BES	Binge-Eating-Störung
FKB-20	Fragebogen zum Körperbild
AKB	Ablehnende Körperbewertung
VKD	Vitale Körperdynamik
NEO-FFI	Fragebogen zu Persönlichkeitsdimensionen
SWE	Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1 Einleitung

„Galt und gilt in Regionen, in denen gehungert wird, ein stämmiger Leib als gesund und schön, so gilt er in Überflussgesellschaften als tendenziell ungesund und nicht schön“ (Posch, 2009, S. 24-25)

1.1 Ausgangslage

Die moderne Konsumwelt lockt mit einem Überangebot an leicht erreichbaren Nahrungsmitteln und immer mehr Menschen gehen einer sitzenden beruflichen Tätigkeit nach. In den letzten Jahrzehnten hat der Anteil adipöser Menschen in den industrialisierten Ländern alarmierend zugenommen und das Störungsbild ist durch die „pandemieartige“ Verbreitung in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Der Anteil von adipösen Personen hat sich in der Schweiz innerhalb von 20 Jahren beinahe verdoppelt. Bei Männern ist der Anteil adipöser Personen von 6% auf 11% und bei Frauen von 5% auf 9% angestiegen (bfs, 2012). In Deutschland wird von 23.3% adipösen Männern und 23.9% adipösen Frauen ausgegangen (Mensink, Schienkewitz & Scheidt-Nave, 2012). Adipositas ist ein grosses Gesundheitsproblem mit einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (WHO, 2000).

Auf der anderen Seite wird durch verschiedene Medien das Schönheitsideal eines schlanken Körpers vermittelt. Der Körper besitzt einen wichtigen symbolischen Wert und wird zum Objekt, den es zu optimieren gilt. Viele Menschen identifizieren sich mit dem Ideal und das Gefühl dick zu sein ist weit verbreitet (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013). Dieses Spannungsfeld führt dazu, dass adipöse Menschen neben den körperlichen Folgeerkrankungen häufig die psychosozialen Konsequenzen spüren. Sie leiden unter Stigmatisierung und Diskriminierung. Die Stigmatisierungen, die adipöse Menschen erleben, können Folgen haben auf die psychische Gesundheit, den Selbstwert und das Körperbild (Puhl & Brownell, 2001). Das Körperbild, als wichtigen Aspekt des Selbstkonzeptes, wird als subjektive Einschätzung des eigenen Körpers gesehen.

1.2 Ziel der Arbeit und Fragestellung

Aus dem Stand der Forschung geht hervor, dass Personen die an Adipositas leiden ein negativeres Körperbild haben als normalgewichtige Personen. Mit dieser Bachelorarbeit wird dies erstmals an einer Population aus der Schweiz untersucht. Weiterführend wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob es einen Unterschied zwischen adipösen und normalgewichtigen Probanden hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale *Neurotizismus*, *Extroversion*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* gibt und ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den genannten Persönlichkeitsmerkmalen und dem Körperbild. Folgende Fragestellungen werden versucht zu beantworten:

1. Gibt es einen signifikanten Unterschied im Körperbild zwischen adipösen und normalgewichtigen Probanden?
2. Gibt es signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale zwischen adipösen und normalgewichtigen Probanden?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen gewissen Persönlichkeitseigenschaften und dem Körperbild?

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, zu untersuchen, inwiefern sich adipöse von normalgewichtigen erwachsenen Personen hinsichtlich ihres Körperbildes und ihrer Persönlichkeitseigenschaften unterscheiden. Es wird nicht auf adipöse Kinder und Jugendliche eingegangen. Die Erkenntnisse dieser Arbeit sollen in Therapien einfließen, das Verständnis fördern und einen Beitrag zum aktuellen Thema Adipositas leisten.

1.3 Methodik und Aufbau

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil und wird mit einer Diskussion abgeschlossen.

Im Theorieteil wird die Basis für die Forschungsfrage der empirischen Untersuchung geschaffen. Dazu werden wichtige Begriffe definiert sowie Grundlagen zu den Themen Adipositas und Körperbild erläutert. Aussagekräftige, aktuelle Studien zu dem Thema werden zusammengefasst und es wird ein Fazit daraus gezogen.

Zur Untersuchung der Fragestellung wurde eine Online-Umfrage zum Körperbild und zu Persönlichkeitseigenschaften erstellt und über verschiedene Institutionen, Stiftungen und Therapeuten/ Therapeutinnen an adipöse Personen verschickt. Zudem wurde der Fragebogen an Studierende der ZHAW Departement P und an Bekannte aus dem Umfeld der

Autorin verschickt, die der Vergleichsgruppe zugeteilt wurden. Im empirischen Teil der Arbeit wird die Methode erläutert, die Stichprobe beschrieben und die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt. In der anschliessenden Diskussion wird die Fragestellung beantwortet und interpretiert. Zum Schluss wird die Methode kritisch beleuchtet und ein Blick auf mögliche weiterführende Forschungsgebiete gelegt.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Adipositas

2.1.1 Begriffsbestimmung und Definition

Adipositas wird als eine Vermehrung des Körperfettes definiert, die über ein Normalmass hinausgeht und mit einem Risiko für Folgekrankheiten, wie auch mit erhöhtem Gesundheitsrisiko einhergeht. Die Diagnostik eines adipösen Patienten erfasst einerseits das Ausmass des Übergewichtes und andererseits sein gesundheitliches Risiko (Müller, Mast, Bosy-Westphal & Danielzik, 2003). Um den Grenzwert des Übergewichtes fest zu legen, hat sich in der Praxis der „Body Mass Index“ (BMI) durchgesetzt. Auch die WHO (World Health Organisation) hat vorgeschlagen, die Definition und Klassifikation von Adipositas auf Grund des BMI's zu definieren (WHO, 2000).

Der BMI wird berechnet aus dem Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch die Körpergrösse in Meter im Quadrat. Der Normbereich richtet sich nach dem geringsten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko. Ein BMI von 30 kg/m² kennzeichnet den Übergang zu Adipositas und wird weiter in drei Schweregrade unterteilt (Wirth & Hauner, 2013; Friedli, 2006).

Tabelle 1 Zuteilung Body mass Index (BMI)

Gewichtskategorie	BMI (kg/m ²)
Untergewicht	< 18.5
Normalgewicht	18.5-24.9
Übergewicht	25.0-29.9
Adipositas Grad I	30-34.9
Adipositas Grad II	35-39.9
Adipositas Grad III	≥ 40

(modifiziert nach WHO, 2000)

Der BMI unterscheidet nicht zwischen Körperfett oder fettfreier Körpermasse. Personen mit erhöhtem Körpergewicht aufgrund ihrer Muskelmasse, beispielsweise Kraftsportler, können ebenfalls einen erhöhten BMI haben. Dies kann zu falschen Schlussfolgerungen führen. Bei einem BMI unter 35 kg/m² liefert der Taillenumfang eine wichtige Zusatzinformation, als Mass der abdominalen (den Bauch betreffenden) Fettverteilung.

Bei einem Taillenumfang grösser als 102 cm bei Männern und grösser als 88 cm bei Frauen besteht ein erhöhtes Risiko für metabolische (den Stoffwechsel betreffende) oder kardiovaskuläre (Herz- und Gefässsystem betreffende) Komplikationen (Wirth & Hauner, 2013).

Laut WHO (2000) sind folgende Krankheiten bei Adipositas mit erhöhtem Risiko assoziiert:

- Risiko >dreifach erhöht: Diabetes mellitus, Gallensteine, Fettstoffwechselstörung, Insulinresistenz, Schlafapnoe-Syndrom
- Risiko zwei- bis dreifach erhöht: Koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Arthrosen (Hüfte, Knie), erhöhter Harnsäurespiegel und Gicht
- Risiko ein- bis zweifach erhöht: Karzinome, Polyzystisches Ovarsyndrom (Stoffwechselstörung), Unfruchtbarkeit, Rückenschmerzen

2.1.2 Epidemiologie

Die Zahl der Adipositas-Betroffenen ist in den letzten Jahren national und international stark gestiegen. Viele Experten sprechen von einer Pandemie (Wirth & Hauner, 2013). Der Anteil von adipösen Personen hat sich in der Schweiz innerhalb von 20 Jahren beinahe verdoppelt. Bei Männern ist der Anteil adipöser Personen von 6% auf 11% und bei Frauen von 5% auf 9% angestiegen (bfs, 2012). In Deutschland sind 23.3% der Männer und 23.9% der Frauen adipös (Mensink, Schienkewitz & Scheidt-Nave, 2012).

Adipositas lässt sich epidemiologisch einfach erheben, da zur Erfassung des BMI simple Methoden angewendet werden. Es sind jedoch nur solche Untersuchungen verlässlich, in denen die Probanden gemessen und gewogen werden (Wirth & Hauner, 2013).

2.1.3 Entstehung der Adipositas-Erkrankung

Die menschliche Energieaufnahme ist sehr komplex geregelt und ist eng mit dem Energieverbrauch gekoppelt. Biologische Parameter im Gehirn, im Fettgewebe, im Verdauungstrakt und im Blut entwickeln ein Gefühl dafür ob Hunger eintritt, gegessen oder

das Essen beendet wird. Diese Grössen regeln auch, welche Art von Nahrung bevorzugt wird. Die Regulation des Körpergewichts ist jedoch keine reine Autoregulation, denn der Mensch kontrolliert sein Gewicht auch kognitiv (Herpertz, De Zwaan & Zipfel, 2008). Adipositas entsteht, wenn der Energieverbrauch und die Energieaufnahme nicht in einem Gleichgewicht stehen (Herpertz et al., 2008). Dieses Ungleichgewicht in der Energieaufnahme und dem Energieverbrauch kann verschiedene Ursachen haben: einen genetischen Anteil, einen ungünstigen Lebensstil der Betroffenen (bezogen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten) oder eine adipogene Umwelt (durch das Angebot an hochkalorischen Nahrungsmitteln oder in einer bewegungsfeindlichen Umgebung) (Symonds, Sebert & Budge, 2011). Neben den genetischen, biologischen, psychischen und Umweltfaktoren können auch Medikamente Ursache sein für eine starke Gewichtszunahme. Dies kann vorkommen bei der Einnahme von atypischen Antipsychotika, gewissen Antidepressiva, Antiepileptika, Lithium und Antidiabetika (Herpertz et al., 2008).

Auch wenn Adipositas zu den somatischen Erkrankungen zählt, spielen psychologische Prozesse eine wichtige Rolle bei der Entstehung wie auch bei den Folgen (Warschburger, 2012; Möller, Laux & Deister, 2009). Zahlreiche Studien untermauern, dass das Ernährungsverhalten sowie das Ausmass an Aktivität multifaktoriell bedingt und individuell sehr unterschiedlich sind (Sleddens, Gerards, Thijs, de Vries & Kremers 2011).

In der Abbildung 1 sind verschiedene Einflüsse auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas dargestellt. Es wird unterschieden in die Phasen Prädisposition, Manifestation und Chronifizierung. Einige Faktoren spielen in den unterschiedlichen Phasen eine Rolle. Beispielsweise kann das mütterliche Steuerungsverhalten das Essverhalten des Kindes beeinflussen und kann zur Entstehung der Adipositas prädisponieren. Es kann aber auch eine wichtige Rolle spielen bei der Chronifizierung des gesundheitsgefährdenden Übergewichts. Vor allem in der Phase der Chronifizierung der Adipositas ist zu beachten, dass sich zahlreiche ungünstige Verhaltensmuster entwickelt haben. Diese stehen gesundheitsförderndem Verhalten entgegen. So können Hänseleien, die man als Kind erfahren hat, dazu beitragen, dass sich Betroffene mehr zurück ziehen, mehr Fernsehen und Essen einsetzen um ihren Kummer los zu werden und durch dieses Verhalten an Gewicht zunehmen (Warschburger, 2012).

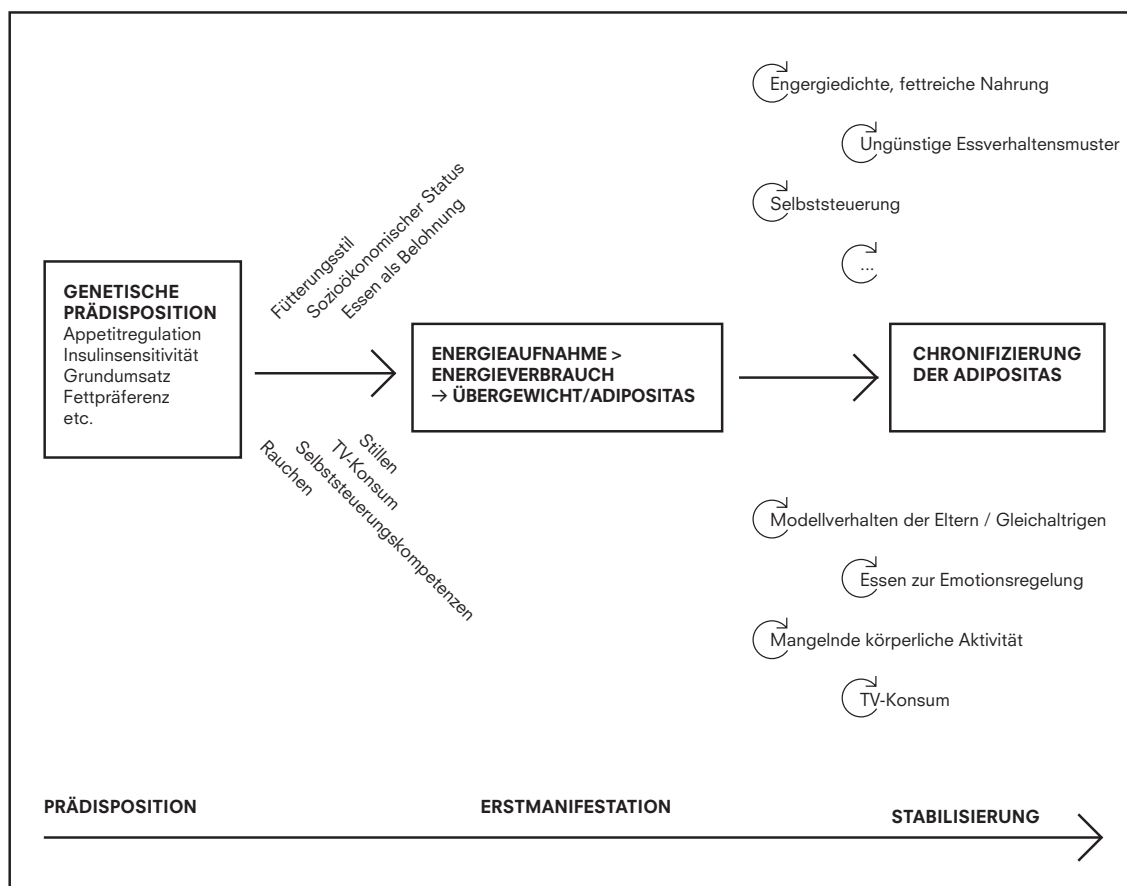


Abbildung 1 Multifaktorielles Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell der Adipositas (Warschburger & Petermann, 2008)

2.1.4 Adipositas und Essstörungen

Eine eigenständige Diagnosekategorie stellt die psychogene Adipositas dar, welche hauptsächlich auf emotionale Faktoren in der Entstehung der Adipositas verweist. Dies zeigt sich insbesondere am Beispiel des Night-Eating-Syndrom (nächtliche Fressanfälle mit Kontrollverlust) oder der Binge-Eating-Störung (wiederholte Episoden von Fressanfällen mit Kontrollverlust) (Friedli, 2006). Während den Fressanfällen werden grosse Mengen sehr schnell verzehrt, bis hin zu einem unangenehmen Völlegefühl. Im Anschluss an die Essanfälle fühlen sich die Betroffenen schuldig, deprimiert und empfinden Ekel sich selbst gegenüber (Hrabosky, Masheb, White & Grilo, 2007). Die Essanfälle können eine Strategie sein, um mit negativen Emotionen, depressiven Symptomen oder Frustrationen um zu gehen. Binge-Eating führt zu erhöhtem Körpergewicht durch die positive Energiebilanz (Yanovski, 2003).

Während die Binge-Eating-Störung (BES) in der Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenz von 1-3% auftritt, ist die Stichprobe von adipösen Patienten mit BES mit 30% ziemlich häufig (Herpertz et al., 2008).

2.1.5 Psychische Komorbidität

Adipositas wird in psychiatrischen Klassifikationssystemen nicht als eigenständige Störung klassifiziert (Möller, Laux & Deister, 2009). Die Gefahr, an einer psychischen Störung zu erkranken, ist laut Luppino et al. (2010) bei adipösen Personen um zwei bis drei Mal erhöht. Diese These konnte jedoch nicht in allen repräsentativen Studien bestätigt werden. Laut McElroy et al. (2004) lässt sich vor allem bei Frauen ein Zusammenhang zwischen affektiven Störungen und Adipositas nachweisen. Luppino et al. (2010) deuten darauf hin, dass in Prospektiven Studien gezeigt wurde, dass Adipositas und Depression sich wechselseitig verstärken. Patientinnen, die neben Adipositas an einer Essstörung leiden (z.B. Binge-Eating, siehe Kapitel 2.1.4), sind häufiger von psychischen Erkrankungen wie Angst- und affektiven Störungen betroffen (Wonderlich, De Zwaan, Mitchell, Peterson & Crow, 2003). Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für Sucht- und Zwangsstörungen und es kann zu einer sozialen Isolation aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung kommen (Hilbert, Rief & Braehler, 2008).

2.1.6 Psychosoziale Aspekte der Adipositas

Personen, die an Adipositas leiden, fallen auf. Das sichtbare Störungsbild, das dem gängigen Schönheitsideal deutlich widerspricht, ist besonders starken Diskriminierungen ausgesetzt (Warschburger, 2012). Negative Äusserungen zu Übergewicht sind gnadenlos. In den Medien, im Alltag, in der Schule wie auch im Berufsumfeld dominiert häufig eine „Anti-Fett-Haltung“ (Puhl & Brownell, 2001).

In zahlreichen Studien wurde untersucht, welche stereotypen Vorstellungen in der Gesellschaft vorherrschen, die auf adipöse Menschen bezogen sind. Laut Puhl, Henderson und Brownell (2008) werden adipösen Personen Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben wie einen schwachen Willen, Faulheit, Liederlichkeit, Inkompetenz, emotionale Instabilität und sogar sie seien fehlerhaft als Menschen. Puhl und Latner (2007) konnten aufzeigen, dass bereits Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren negative Stereotype über Menschen mit Adipositas haben. Sie halten adipöse Kinder für faul, weniger freundlich, weniger glücklich, eher unbeliebt und weniger anziehend. Laut Puhl und Brownell (2001) können Diskriminierung und Stigmatisierung dieser Art psychische Folgen auf die Stimmung, den Selbstwert, das Körperbild wie auch auf die psychische Gesundheit haben. Zudem kann es zu Nachteilen in der Ausbildung oder auf dem Arbeitsmarkt kommen. Gemäss Wirth und Hauner (2013) kann es durch fortlaufende Kränkungen und Stigmatisierungen

aus der Umwelt zu einer gestörten Identifikation mit dem Körper und zu einem verminderten Selbstwert kommen.

2.1.7 Adipositas und Selbstwert

Es liegt eine Fülle von Befunden vor, die zeigen, dass Adipositas häufig mit einem reduzierten Selbstwertgefühl einhergeht. Adipositas entsteht häufig schon in der Kindheit und beeinflusst das sich entwickelnde Selbstkonzept der jungen Menschen, wobei die Wahrnehmung und Bewertung der eigenen körperlichen Erscheinung bei Menschen jeden Alters eine wichtige Komponente des Selbstkonzeptes darstellt (Harter, 1999).

Die Frage, ob das niedrige Selbstwertgefühl Adipositas fördert oder ob Adipositas ein niedriges Selbstwertgefühl begünstigt, kann laut Petermann und Winkel (2003) nicht abschliessend beantwortet werden. Viele Studien sprechen dafür, dass eher Adipositas das Selbstwertgefühl beeinflusst als umgekehrt (z.B. Tiggemann, 1994). Neben Stigmatisierungen können auch frustrierende Erfahrungen mit erfolglosen Diäten den Selbstwert senken (Abbildung 2) und zu einem Teufelskreis führen (Stroebe, 2002).

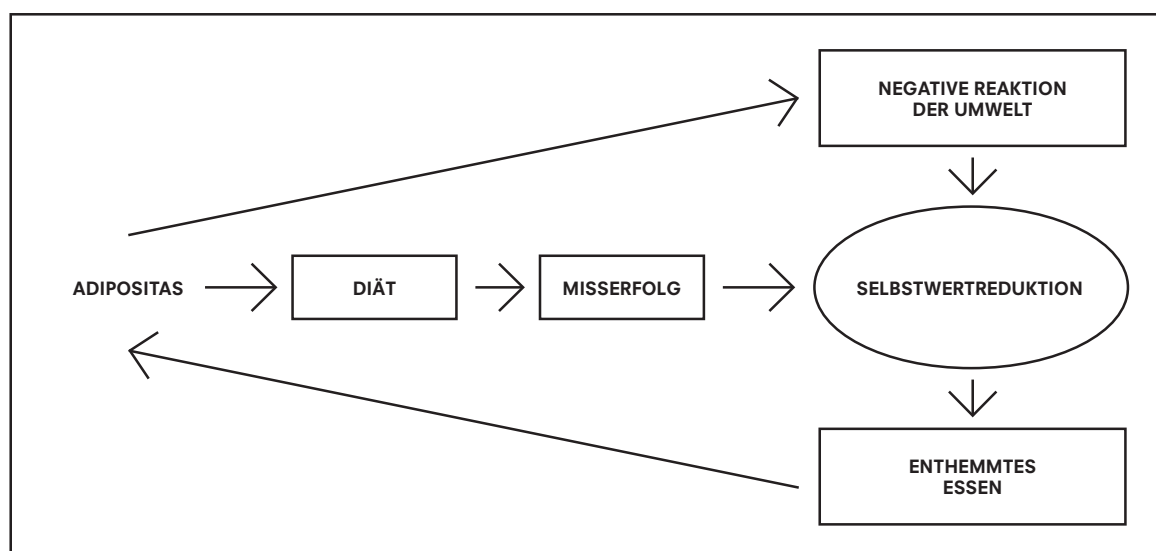


Abbildung 2 Modell zum Zusammenhang von Adipositas und Selbstwert (Petermann & Winkel, 2003)

2.1.8 Therapie und Behandlung der Adipositas

Die Hauptmotivation Gewicht zu verlieren, entsteht oft aus der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und der eingeschränkten Beweglichkeit. Sorgen um die eigene Gesundheit spielen eine untergeordnete Rolle (Sarwer, Thompson & Cash, 2005). Der

Wunsch Gewicht zu verlieren, hat meist einen kosmetisch-ästhetischen Hintergrund verbunden mit der Erwartung, den Selbstwert zu erhöhen und die soziale Akzeptanz und Anerkennung zu verbessern (Pudel, 2003).

Es gibt eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten, die selten unter ärztlicher Kontrolle stattfinden. Die meisten Therapien zielen auf eine schnelle Gewichtsabnahme ab. Die gängigste Methode ist die Reduktion der Nahrungsmittelzufuhr mittels Diäten durch eine Änderung des Ernährungsverhaltens oder mithilfe von Formula-Diäten (Ersatz von Mahlzeiten durch Eiweiss-Milchshakes). Wenn neben der Diät keine Verhaltensmodifikation stattfindet, hält bei diesen Diäten der Gewichtsverlust meist nicht lange an (Ellrott & Pudel, 1998). Programme, die einseitig auf Ernährung und/oder körperliche Aktivität fokussieren, gelten schon seit 1980er-Jahre als überholt (Stunkard, 1978).

Gemäss der deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) (2007) sollte eine Therapie zur Behandlung der Adipositas nicht nur einseitig auf die Verminderung des Gewichts abzielen, sondern auch auf das Gesundheitsverhalten (Ernährung und Bewegung), die Selbstmanagementfähigkeiten, die Stressverarbeitungsstrategien und auf die Steigerung der Lebensqualität abzielen.

Wenn die Entstehung der Adipositas multifaktoriell angesehen wird, wie in Kapitel 2.1.3 erläutert, sollte auch der Behandlungsansatz multimodal ausgerichtet sein. Die Komponenten der multimodalen Therapie beinhalten psychologische Beratung, Ernährungsberatung und Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität (Petermann & Pudel, 2003). Als Beispiel für eine multimodale Therapie kann das einzeltherapeutische Programm nach Fairburn (2008) genannt werden. Es besteht aus folgenden neun Modulen:

- Modul 1: Einleitung und Behandlung
- Modul 2: Gewichtsreduzierung
- Modul 3: Hindernisse beim Abnehmen
- Modul 4: körperliche Aktivität
- Modul 5: Körperschema
- Modul 6: Gewichtsziele
- Modul 7: Primärziele
- Modul 8: gesunde Ernährung
- Modul 9: Gewichtstabilisierung

Bei dieser multimodalen Therapie werden Tagebücher zum Selbstmonitoring sowie Hausaufgaben eingesetzt. Der derzeitige Forschungsstand unterstützt die Wirksamkeit von multimodalen Ansätzen mit moderaten Effekten auf den Gewichtsstatus (Barte et al. 2010).

Es gibt auch die Möglichkeit eines chirurgischen Eingriffes. Die aktuell eingesetzten Methoden sind Magenband, Magenbypass und Magenschlauch (Stadt Spital Triemli, 2014). Die Indikation für einen chirurgischen Eingriff liegt vor, wenn die Patienten neben einem $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ bzw. einem $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ mit adipositasassoziierten Begleiterkrankungen erfolglose konservative Therapieversuche nachweisen können. Die Adipositas-Chirurgie stellt eine symptomorientierte Behandlung dar, denn die Ursache der Adipositas kann nicht chirurgisch behandelt werden. Aus diesem Grund ist eine intensive postoperative Betreuung durch Ernährungsberater/ Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeuten/ Physiotherapeutinnen, Ärzte/ Ärztinnen und Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen notwendig (Wolf, 2008).

Laut Petermann und Pudel (2003) ist nicht auszuschliessen, dass eine erfolgreiche Adipositas-Therapie eine lebenslange Behandlung sein muss.

2.2 Körperbild

2.2.1 Begriffsbestimmung Körperbild

In der Umgangssprache, wie auch in der Fachsprache werden die Begriffe Körperbild, Körperschema, Körpererfahrung oder Körpererleben oft synonym verwendet. Die Literatur zum Begriff Körperbild ist kaum überschaubar und der Begriff wird inhaltlich sehr heterogen verwendet. Röhrich et al. (2005) versuchten in dem „Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis“ Klarheit in die begriffliche Verwirrung zu schaffen. Sie schlagen vor, Körpererleben und Körpererfahrung als deutschsprachige Oberbegriffe zu benutzen, welche die einzelnen Teilaspekte Körperschema, Körperempfinden, Körperkathexis, Körperbild und Körper-Ich umfassen. In der nachfolgenden Tabelle 2 sind kurze Definitionen der Begriffe aufgeführt.

Tabelle 2 Abgrenzung der Teilaspekte des Körpererlebens

Körpererfahrung/ Körpererleben				
Körperbezogene Perzeption		Körperbezogene Emotionen	Körperbezogene Kognition	
Körperschema	Körperempfinden	Körper-Kathexis	Körperbild	Körper-Ich
Körperbezogene Perzeption, wahrnehmen von Gestalt und Raum	Intero- und exterozeptive Wahrnehmung	Körperzufriedenheit, Ganzheitsempfinden, Sensitivität, Scham, Stolz	formales Wissen, Phantasien, Gedanken, Einstellungen, Bewertungen	Unterscheiden von ich/du, innen/ausen, leibliche Identität

Modifiziert nach Röhrich et al. (2005)

Allgemein ist die Aufteilung in eine perzeptive, eine kognitiv-affektive und eine verhaltensbezogene Ebene bekannt. Die **perzeptive Komponente** beschreibt die Körperwahrnehmung und das mentale Bild, das man von seinem Körper hat (Delinsky & St. Germain, 2012). Während sich die **emotionale Komponente** mit den Gefühlen und der Zufriedenheit mit dem Körper befasst, werden mit der **kognitiven Komponente** Gedanken, Vorstellungen und Einstellungen dem Körper gegenüber beschrieben (Burke, Schaefer & Thompson, 2012). Daraus resultiert das körperbezogene Verhalten, wobei zwischen Vermeidungs- und Kontrollverhalten unterschieden wird (Vocks, Legenbauer, Troje & Schulte, 2006).

Wie man seinen Körper sieht, ist mit den Konsequenzen der eigenen Akzeptanz und dem daraus resultierenden Verhalten verbunden. Das Körperbild ist individuell unterschiedlich. In diesem Kontext ist zu unterscheiden zwischen einem positiven und einem negativen Körperbild. Ein positives Körperbild zeigt sich darin, dass eine Person sich wohl fühlt in ihrem oder seinem Körper, so wie er ist, Zufriedenheit empfindet, sich bewusst um die eigenen Körperbedürfnisse kümmert und dazu Sorge trägt. Die Person zeigt förderliche, positive Verhaltensweisen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie in der Anwendung positiver Bewältigungsstrategien. Ein negatives Körperbild zeigt sich hingegen in einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Es können einzelne Körperteile oder der ganze Körper abgelehnt werden. Eine Unzufriedenheit mit dem Körper kann über- oder untergewichtige aber auch normalgewichtige Menschen betreffen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2013).

2.2.2 Entwicklung des Körperbilds

Frühkindliche Entwicklung

Bereits Freud (1923) stellte fest, dass die Körpererfahrung als Basis für die Ich-Erfahrung und –Entwicklung anzusehen ist: „Das Ich ist zunächst und vor allem ein körperliches“. Diese Annahme wird von Entwicklungspsychologen getragen und konnte anhand von Säuglingsforschung bestätigt werden (Dornes, 1993). Weigel (2008) beschreibt, dass ein Kind nach der Geburt über die Art der Berührungen und wie es gehalten, getragen und gewiegt wird, erste Botschaften über sich selbst und über die Beziehung zu den Eltern erfährt.

Das Kind lernt erst allmählich zwischen Körper und Seele, zwischen Selbst und Umwelt zu differenzieren. Schritt für Schritt wächst die Möglichkeit des Kindes, sich mental auf das zu beziehen, was körperlich an und mit ihm passiert. Die ersten seelischen Erfahrungen werden, vor der Entwicklung der Sprache, am Körper gemacht. Der emotionale Zugang, den das Kind zu seinem eigenen Körper hat, wird ihm durch den Kontakt mit den Bezugspersonen vermittelt. Das Körperbild entsteht aus und in dieser Begegnung. (Küchenhoff & Agarwalla 2013).

Pubertät und junges Erwachsenenalter

In der Pubertät und im Erwachsenenalter wird die Entwicklung des Körperbildes von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Im biopsychosozialen Modell von Wertheim & Paxton (2012) (Abbildung 3) wird davon ausgegangen, dass das spezifische Körperbild aus einer Kombination aus verschiedenen psychischen und physischen Aspekten einer Person in einem gegebenen sozialen Kontext resultiert. Darüber hinaus spielen kognitive und individuelle Faktoren eine bedeutende Rolle. Die zahlreichen Faktoren beeinflussen sich gegenseitig.

Biologische Faktoren: Das Körperbild ist stark von der Körperwahrnehmung abhängig. Körperbau, Körpergröße, Hautfarbe, Gesichtsform aber auch Krankheiten wie Ekzeme oder Schilddrüsenprobleme können das Erscheinungsbild beeinflussen. Bestimmte Körpereigenschaften gelten als problematisch, wenn sie im gesellschaftlichen Normvergleich als unattraktiv gelten.

Soziokulturelle Einflüsse: Soziokultureller Druck und Normen haben verschiedene Ursprünge. Sie reichen von dem Idealbild, dass in den Medien verbreitet wird bis zu direk-

ten Interaktionen mit den Peers oder mit den Eltern. Die Einflüsse zeigen sich bereits in der Kindheit. Beispielsweise übt das Spielzeug (wie die Barbie-Puppe) einen Einfluss aus. Wenn ein Mädchen in einer Subkultur lebt, die eine Idealkörpertypologie anstrebt, die vom tatsächlichen Körper des Mädchens abweicht, ist die Gefahr gross, dass das Mädchen ein gestörtes Körperbild entwickelt.

Kognitive und individuelle Faktoren: Soziokulturelle Faktoren führen nicht unbedingt zu einer Körperbildstörung, es gibt jedoch individuelle Eigenschaften, welche die Betroffenen anfällig machen auf gesellschaftliche Botschaften oder sie davor schützen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Eigenschaften wie ein geringes Selbstwertgefühl, ein depressiver Charakter und Perfektionismus einen Zusammenhang haben mit Störungen des Körperbildes (Wertheim & Paxton, 2012).

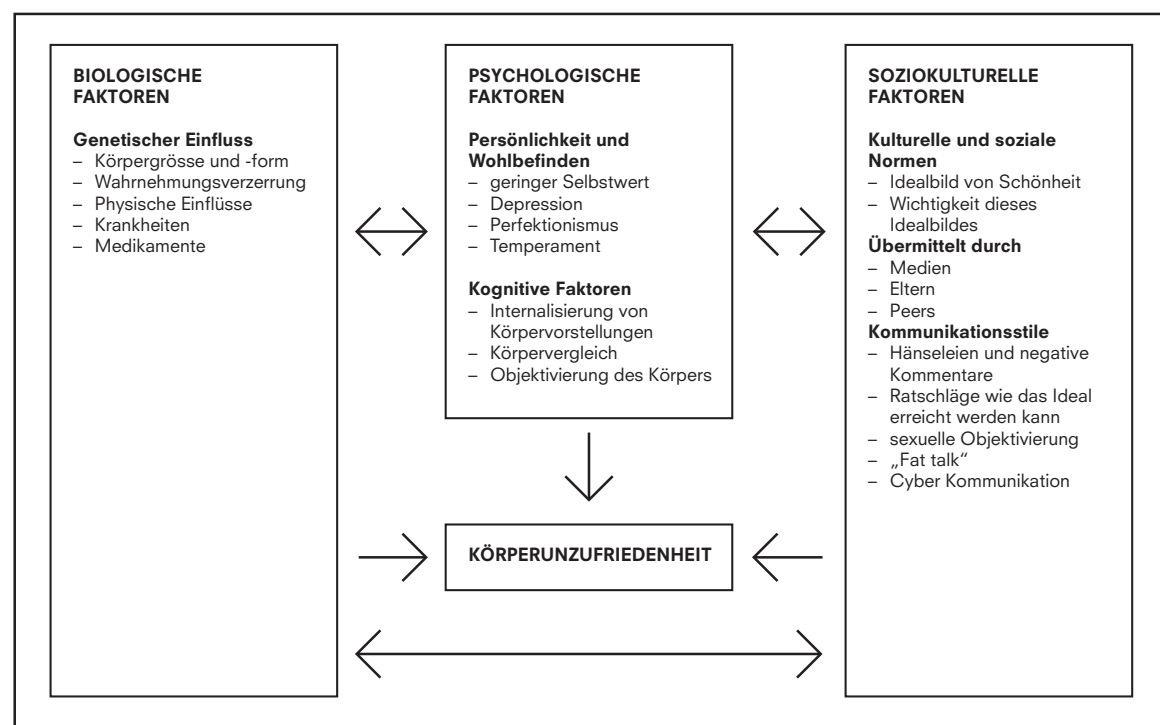


Abbildung 3 Integratives Modell von vermeintlichen Faktoren bei der Entstehung des Körperbildes (Wertheim & Paxton, 2012)

2.2.3 Störung des Körperbildes

Die Störung des Körperbildes wurde erstmals bei Patienten/ Patientinnen mit der Essstörung Anorexia Nervosa untersucht. Bei Patienten und Patientinnen mit Anorexia Nervosa liegt meist eine perzeptive Störung vor, was bedeutet, dass sie ihre Körpermasse deutlich überschätzen (Bsp: Rosen, 1990). Die Störung des Körperbildes stellt bei der Diagnostik der Anorexia Nervosa nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V ein notwendiges Kriterium dar.

Die Körperbildstörung kann sich auf den im Kapitel 2.2.1 genannten perzeptiven, kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Komponenten manifestieren. Im perzeptiven Bereich zeigt sich eine Körperbildstörung in der Überschätzung der Masse des Körpers oder einer fehlerhaften Wahrnehmung. Negative Gefühle gegenüber dem Körper (z.B. Ekel, Ablehnung) und dysfunktionale Gedanken und Bewertungen beziehen sich auf die kognitiv-affektive Komponente des Körperbildes. Auf der verhaltensbezogenen Ebene kann sich eine willentlich gesteuerte Form von Vermeidungsverhalten ausprägen, indem die Betroffenen beispielsweise weite Kleidung tragen um den Körper zu kaschieren oder die Betrachtung des eigenen Körpers möglichst vermeiden, indem sie keinen Spiegel in der Wohnung haben. Es kann sich aber auch ein entgegen gesetztes Verhalten, in Form von übertriebener Beschäftigung mit dem Körper, zeigen (Tuschen-Caffier, 2008). Betroffene weichen den Situationen aus, in denen ihr Körper betrachtet wird und viele versuchen ihre körperlichen Befindlichkeiten zu ignorieren, bis der Körper kaum mehr gespürt wird, ausser er schmerzt. Der Körper wird von den Betroffenen verachtet und sie sind in einem abwertenden, inneren Dialog über ihr Aussehen beschäftigt (Rytz & Wiesmann, 2013).

2.2.4 Messung des Körperbildes

Das Körperbild zu definieren bringt Schwierigkeiten mit sich, denn der Begriff ist, wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, schwer fassbar. Dies führt dazu, dass Forschungsergebnisse nur schwer strukturiert und verglichen werden können. Die Tatsache, dass sich das Körperbild auf emotionale Prozesse und Gefühle bezieht, macht dieses Vorhaben nicht einfacher. Um das individuelle Körperbild zu erfassen, gibt es verschiedene Untersuchungstechniken und Verfahren. Eine Unterteilung der Instrumente ist jene in wahrnehmungspsychologische und persönlichkeitspsychologische Ansätze. Die wahrnehmungspsychologischen Ansätze versuchen die subjektiven Körperwahrnehmungen zu objektivieren. Die persönlichkeitspsychologischen Ansätze orientieren sich vornehmlich an den

aus Körpererfahrungen gewonnenen subjektiven Bewertungen und Einstellungen in Bezug auf den eigenen Körper. Die Verfahren lassen sich in verbale, projektive und beobachtende Verfahren unterteilen (Küchenhoff & Agarwalla 2013).

Verbale Verfahren sind meist Fragebogen-Tests, bei denen die Probanden eine Selbstbeurteilung zu ausgewählten Themen geben. Die Auswertung erfolgt meist deskriptiv und quantitativ in Bezug auf bestimmte Antwortmuster (Joraschky, Loew & Röhrich, 2009). Mit den verbalen Verfahren wird versucht, einen multidimensionalen und individuell geprägten Gegenstand wie das Körperbild zu erfassen. Wiedemann (1986) hebt hervor, dass mit den quantitativen Verfahren wichtige Bereiche der Subjektivität des Körperbildes nicht erfasst werden können.

Projektive Tests gehen von der Annahme aus, dass durch Deutung oder Ausgestaltung von Material Persönlichkeitsmerkmale eingebracht werden. So können diagnostische Aussagen getroffen werden über Gefühle, Stimmungen, Haltungen oder Konflikte der Probanden. In der Forschung werden die projektiven Verfahren häufig abgelehnt, während sie in der klinischen Praxis sehr beliebt sind (Eberwein, Schui & Krampen, 2006).

2.2.5 Körperbildtherapie

In der Aufrechterhaltung von Adipositas und Essstörungen scheinen Unzufriedenheit mit dem Körper und dem Körperbild sowie ein schlechter Selbstwert entscheidend zu sein (Stice, 2002; Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993). Therapien, die nicht nur Informationen zum „richtigen Essverhalten“ vermitteln, sondern das Ziel verfolgen, direkt den Selbstwert und das Körperbild zu verbessern, sind für adipöse Patienten vorteilhaft. Es hat sich gezeigt, dass eine Gewichtsreduktion als einzige Massnahme keine Garantie dafür darstellt, ein positives Körperbild zu erlangen (Rosen, 2001). Laut Rytz und Wiesmann (2013) haben körperorientierte Therapien das Ziel auf allfällige Ängste, Schamgefühle, Zorn, Emotionen und Spannungen aufmerksam zu machen, anstatt über BMI, Kilos und Kalorien zu reden. Körpertherapeuten und –therapeutinnen eruieren insbesondere, wie der Fluss von Informationen im Körper wahrgenommen und ressourcenorientiert gefördert werden kann (Johnson, 2012; Storch, Cantieni, Hüther & Tschacher, 2006).

Zur Manualisierung der Körperbildtherapie fasste Röhrich (2008) Fachliteratur und Erfahrungswissen zusammen und schlägt folgende Punkte vor:

- Explizite Fokussierung auf die von den Patienten und Patientinnen vorgegebenen motivationalen Antrieb
- empathische und ressourcenorientierte Kontaktaufnahme zum eigenen Körper und sukzessive Reduktion körperfeindlicher Aktivitäten
- Verbesserung der Körperwahrnehmung in Richtung einer an den eigenen Bedürfnissen orientierten und Körpergrenzen betonten Körperwahrnehmung
- Förderung der interaktionellen Kompetenzen mit Verbesserung von Nähe-Distanz-Regulation und schliesslich eine Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte und der verinnerlichten soziokulturellen Leitbilder

Trojca, Nasrawi und Vocks (2007) haben in einer kontrolliert-randomisierten Vergleichsstudie 34 adipöse Frauen in eine Kontrollgruppe oder in eine Versuchsgruppe eingeteilt. Die Frauen aus der Versuchsgruppe erhielten ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Körperbildtraining. Die Interventionselemente waren: Erarbeitung von Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des negativen Körperbildes, kognitive Methoden, Körperkonfrontation per Spiegel und Video, Abbau körperbezogener Vermeidungs- und Kontrollverhalten sowie Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten und Rückfallprophylaxe. Auf allen drei Ebenen, also der perceptiven, kognitiv-affektiven und verhaltensbezogenen Ebene des Körperbildes, konnten signifikante Verbesserungen festgestellt werden.

2.3 Adipositas und Körperbild

Wie in der Einleitung erwähnt, lockt die moderne Konsumwelt mit einem Überangebot an leicht erreichbaren Nahrungsmitteln und zugleich wird durch die Medien ein Schönheitsideal eines schlanken Körpers vermittelt. Viele Menschen identifizieren sich mit diesem Ideal. Das Gefühl dick zu sein, ist insbesondere bei Frauen und Mädchen weit verbreitet. Wenn sich bereits normalgewichtige Personen zu dick fühlen, wie geht es dann Menschen die tatsächlich adipös sind? Welche Wirkung hat Adipositas auf das Körperbild als wichtigen Aspekt des Selbstkonzeptes der Betroffenen? (Petermann & Winkel, 2003) In diesem Kapitel werden verschiedene Studien und Reviews, die den Zusammenhang zwischen dem Körperbild und Adipositas untersucht haben, zusammengefasst. Jüntgen, Freund, Tietjens und Holling (2009) untersuchten die Unterschiede im physischen Selbstkonzept bei normalgewichtigen und adipösen Personen. Dafür wurden 365

normalgewichtige und 55 adipöse Probanden anhand des Physical-Self-Description-Questionnaire von Marsh, Richards, Johnson, Roche und Tremayne (1994) befragt. Es zeigten sich signifikante Resultate in den Bereichen körperliche Erscheinung, physischer Selbstwert und globaler Selbstwert. In dem Bereich Gesundheit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Dies ist insofern alarmierend, dass adipöse Personen ihr Übergewicht zwar wahrnehmen, es aber nicht als gesundheitliches Risiko ansehen. Frauen gaben deutlich schlechtere Selbsteinschätzungen auf den Skalen ab als Männer.

Schwartz und Brownell (2003) fassten in einem Review verschiedene Analysen zu der Beziehung zwischen Adipositas und Körperbild zusammen. Die Metaanalyse von Studien, die adipöse und nicht adipöse Individuen in Bezug auf Adipositas und Körperbild verglichen haben, konnten signifikante Zusammenhänge mit grossen Effekten aufzeigen. Sie untersuchten weiter, welche Risikofaktoren vorliegen die erklären könnten, wer in der Adipositas Population vulnerabel ist für eine Körperbildstörung. Dies sind laut Schwartz und Brownell (2003) stigmatisierende Erfahrungen, Hänseleien, weibliches Geschlecht, Binge-Eating-Störung und ein früher Beginn der Adipositas.

In einer qualitativen Studie von Thomas et al. (2010) wurden in Australien 142 adipöse Personen interviewt. Sie wurden befragt, wie sie sich in ihrem Körper fühlen, was die Gefühle zu ihrem Körper beeinflusst und wie sie mit belastenden Situationen umgehen. Dabei zeigte sich, dass viele Probanden positive Einstellungen zu ihrem Körper nannten, jedoch beschrieben viele der Befragten Gefühle wie Scham und Schuld. Auf die Frage nach ihren Bewältigungsstrategien wurden Dinge genannt wie Streben nach Perfektion in anderen Lebensbereichen, soziale Isolation, Aspekte ihres Aussehens maximieren oder das Fett zu Akzeptieren.

Legenbauer et al. (2011) haben untersucht, ob es einen Unterschied gibt zwischen adipösen Personen mit und ohne Binge-Eating-Störung (BES) in Bezug auf eine Störung des Körperbildes. Es wurden je 15 Probanden anhand von Fotoverzerrungstechnik zu ihrer Körperwahrnehmung befragt und anhand von Fragebogen wurde ihre kognitiv-affektive Einstellung erfragt. Beide Gruppen haben ihren Körperumfang überschätzt und ihr Idealgewicht viel tiefer definiert als ihr Realgewicht. Bei beiden Tests zeigten die Probanden mit BES jedoch eine signifikant negativere Einschätzung. Bei den Selbsteinschätzungsfragebogen zeigte sich, dass adipöse Probanden mit BES eine stärkere kognitiv-affektive Körperbildstörung zeigten als adipöse Probanden ohne BES. Bei beiden Gruppen konnte eine Körperbildstörung nachgewiesen werden, bei den Probanden, die neben Adipositas noch eine Binge-Eating-Störung aufwiesen, zeigte sich eine stärkere Körperbildstörung.

Wie bereits in Kapitel 2.1.6 erläutert, kann bei adipösen Menschen Stigmatisierung einen negativen Einfluss auf die Körperidentifikation haben (Wirth & Hauner, 2013). Myers und Rosen haben im Jahr 1999 untersucht, in welchen Situationen adipöse Personen Stigmatisierungen erleben, welche Bewältigungsstrategien sie haben und welchen Einfluss dies auf ihren Selbstwert, ihr Körperbild und auf ihre psychische Gesundheit hat. Sie konnten in der Studie aufzeigen, dass Adipositas Betroffene durchschnittlich unzufriedener sind mit ihrem Körper, aber nicht alle ein negatives Körperbild haben. Negative Meinungen aus dem sozialen Umfeld zu der körperlichen Erscheinung verstärken das negative Körperbild. Adipöse Personen, die in ihrem Umfeld weniger Diskriminierung erleben, sind einem geringeren Risiko ausgesetzt an Körperbild-Problemen zu leiden. Zudem zeigte sich, dass Stigmatisierung mehr als nur das Körperbild beeinflusst. Auch das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit wurden damit assoziiert, ob man Stigmatisierungen ausgesetzt ist oder nicht. Die Studien haben weiter gezeigt, dass adipöse Personen verschiedene Strategien anwenden, um mit den Stigmatisierungen umzugehen wie soziale Isolation, wiederholt versuchen an Gewicht zu verlieren oder das Fett zu akzeptieren (Myers & Rosen, 1999).

2.4 Persönlichkeitsfaktoren und Adipositas

Sutin, Ferrucci, Zonderman und Terraciano (2011) untersuchten in einer gross angelegten Langzeitstudie mit 1988 adipösen Patienten wie Persönlichkeitseigenschaften assoziiert sind mit Adipositas und mit Schwankungen im BMI. Über die Langzeitentwicklung kann gesagt werden, dass ein hoher Neurotizismus-Wert und ein niedriger Gewissenhaftigkeits-Wert mit häufigen Gewichtsschwankungen einhergehen können.

Elfhag & Morey (2008) gingen in einer Studie der Frage nach, ob Persönlichkeitseigenschaften eine Erklärung sein können für das Essverhalten von adipösen Personen. 442 Probanden wurden anhand des Persönlichkeitstests NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) und des Dutch Eating Behavior Questionnaire (van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) befragt. Der Dutch Eating Behavior Fragebogen erfragt drei psychologische Dimensionen des Essverhaltens: Gezügelter Essverhalten, emotionales Essverhalten und externes Essverhalten. Sie fanden signifikante Zusammenhänge zwischen emotionalem Essverhalten und einem hohen Neurotizismus-Wert, einem niedrigen Gewissenhaftigkeits-Wert und einem niedrigen Extraversion-Wert. Weiter fanden sie einen Zusammenhang zwischen externalem Essverhalten und geringer Selbstdisziplin und Impulsivität.

Gezügelter Essverhalten stand in Relation zu hoher Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Offenheit gegenüber Erfahrungen und niedrigem Neurotizismus.

2.5 Persönlichkeitsfaktoren und Körperbild

Swami et al. (2013) haben untersucht, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den fünf Persönlichkeitsfaktoren *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit gegenüber Erfahrungen*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* und dem Körperbild. Basierend auf den Ergebnissen anderer Studien und Theorien haben Swami et al. (2013) einen Zusammenhang zwischen *Neurotizismus* und einem negativen Körperbild erwartet.

In zwei Studien haben insgesamt 950 Frauen verschiedene Fragebogen zum Körperbild und zu den Big 5 Dimensionen ausgefüllt. Beide Studien bestätigten, dass *Neurotizismus* signifikante Zusammenhänge aufweist zu den Dimensionen Diskrepanz zwischen Real- und Wunschgewicht (positiv) und Wertschätzung des Körpers (negativ).

2.6 Fazit und Forschungslücke

Aus den bestehenden Studien und Theorien geht klar hervor, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Adipositas und einem negativen Körperbild. Es wird mehrfach erwähnt, dass das Körperbild einen Einfluss hat auf den Selbstwert und auf die psychische Gesundheit. Auffallend ist, dass die meisten Studien Frauen untersuchten und dass es mehr Literatur und Studien gibt, die Adipositas und das Körperbild bei Kindern und Jugendlichen untersuchten. Es wurde keine Studie gefunden, die das Körperbild von adipösen Personen in der Schweiz untersucht hat und es wurde auch keine Studie gefunden, die neben dem Körperbild die Persönlichkeitsfaktoren erfragt hat. Aus diesem Grund liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf einer Population mit erwachsene Männer und Frauen aus der Schweiz.

2.7 Hypothesen

Aufgrund der Fragestellungen in der Einleitung und der erarbeiteten Theorien und Studien können folgende Hypothesen formuliert werden:

Haupthypothese:

H1: Erwachsene Menschen mit Adipositas haben ein negativeres Körperbild als normalgewichtige erwachsene Menschen.

- Es gibt einen Unterschied auf der Skala *Abwertende Körperbewertung*.
- Es gibt einen Unterschied auf der Skala *Vitale Körperdynamik*.

Weitere Hypothesen:

H2: Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang mit Adipositas aufweisen.

H3: Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang mit dem Körperbild aufweisen.

- Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang haben mit der Dimension *Abwertende Körperbewertung*.
- Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang haben mit der Dimension *Vitale Körperdynamik*.

Die genannten Hypothesen werden im empirischen Teil dieser Arbeit untersucht und je nach Ergebnis bestätigt oder verworfen.

3 Methode

3.1 Design

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine empirische Untersuchung mittels quantitativer Methoden. Um die Daten zu erheben, wurde ein internetbasierter Fragebogen eingesetzt. Anhand der erhobenen Daten entstanden zwei Bachelorarbeiten. Eine Teilarbeit wurde zum Thema Selbstwirksamkeit und Adipositas (Jeker, 2014) verfasst und die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen Adipositas und dem Körperbild gibt.

3.2 Angaben zur Stichprobe

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Grundvoraussetzung für die Studienteilnahme war das Alter von mindestens 18 Jahren. Als weiteres Einschlusskriterium für die Untersuchungsgruppe galt der BMI ≥ 30.0 (*Adipositas*) und bei der Vergleichsgruppe der BMI zwischen 18,5 – 24,9 (*Normalgewicht*). Die Unterteilung in die beiden Gruppen, wie auch der Ausschluss der Gruppe *Übergewicht* (BMI 25,0 – 29,9), wurde erst nach Beendigung der Online-Umfrage im Statistik Programm SPSS vorgenommen. Als Ausschlusskriterium für die Untersuchungs- wie auch der Vergleichsgruppe galten ungenügende Deutschkenntnisse und akute psychiatrische Symptomatik. Da die vorliegende Arbeit auf einer Internet-Umfrage basiert, konnte keine Überprüfung der Ausschlusskriterien vorgenommen werden. Die Umfrage wurde jedoch an keine stationäre oder akute psychiatrische Abteilung verschickt, womit die Wahrscheinlichkeit einer akuten psychiatrischen Symptomatik minimiert werden konnte.

3.2.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen wurden eigens für die beiden Bachelorarbeiten rekrutiert. Für die Rekrutierung der Untersuchungsgruppe wurde Kontakt zur Schweizerischen Adipositas Stiftung (SAPS) aufgenommen. Mit Hilfe von Dr. med. h.c. Heinrich von Grüningen, dem Präsidenten der SAPS, wurde die Online-Umfrage über verschiedene Foren und Kontakte von Selbsthilfegruppen der SAPS verschickt. Zusätzlich wurde der Fragebogen an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen des Kompetenzzentrums für Essstörungen und Adipositas in Zürich, an selbständig arbeitende Psychotherapeutinnen, an Ernährungsberaterinnen sowie an die Leiterin der Weight-Watcher-Gruppe in Zürich weitergeleitet. Sie haben die Umfrage jeweils an ihre adipösen Patienten und Patientinnen geschickt. Weiter wurden per E-mail Studierende der ZHAW Departement P wie auch Bekannte aus dem Umfeld der Autorinnen über das Schneeballprinzip rekrutiert. Da die Umfrage auf Deutsch verfasst wurde, kann davon ausgegangen werden, dass ein Grossteil der Probanden und Probandinnen aus der Deutschschweiz stammt. Da die Einteilung in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe erst in der Datenauswertung gemacht wurde, richtete sich die Umfrage an alle Personen ab 18 Jahren, egal welches Körpergewicht und welche Körpergrösse jemand aufweist.

3.3 Umsetzung der Onlineumfrage

Mittels einer kostenlosen Lizenz der ZHAW wurde der Fragebogen mit der online Befragungssoftware Questback Unipark für Studierende erstellt. Genaue Informationen über den Sinn und Zweck der Studie und die Anonymität der Datenerhebung und deren Verwendung wurde in einem Emailtext verfasst und mit dem Link zur Studie verschickt. Über den Link http://www.unipark.de/uc/Koerperbild_Persoentlichkeit/ gelangte man zuerst auf eine Begrüssungsseite. Darauf war die Ausfülldauer des Fragebogens ersichtlich, sowie ein direkter Link zu den Emailadressen der Studienleiterinnen. Auf der zweiten Seite mussten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre Einverständniserklärung geben, damit sie weiter machen konnten. Die Einverständniserklärung basiert auf der offiziellen Vorlage der ZHAW Departement Psychologie. Auf den 10 anschliessenden Seiten folgten Fragen zu Alter, Geschlecht, Körpergrösse, Gewicht, Schulbildung, Partnerschaft, Kinder, Psychotherapie, Krankheiten und Operationen. Danach wurde anhand einer Instruktion gemäss Testmanual des Persönlichkeitsfragebogens NEO-FFI erklärt wie der Fragebogen auszufüllen ist (Ostendorf & Borkenauer, 2008) und im Anschluss folgten 60 Fragen zur Persönlichkeit, die in zehner Blöcke gruppiert wurden, sowie auch die 10 Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Um allfällige Reihenfolge-Effekte zu vermeiden, wurde eine Zufallsrotation (random rotation) eingeführt, welche NEO-FFI- und SWE-Fragen bei jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin durchmischt und in einer anderen Reihenfolge erscheinen liess. Auch die 20 Fragen zum Körperbild (FKB-20) wurden zuerst mit der dazugehörigen Instruktion eingeleitet und danach in zufälliger Reihenfolge abgefragt. Am Schluss wurde mittels eines Seriousity-Checks verifiziert, ob die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Fragen sinnvoll und seriös ausgefüllt haben, so dass man sie für wissenschaftliche Zwecke gebrauchen kann. Wurde dies mit ja beantwortet, kam man auf die Endseite, wo Platz war für Bemerkungen und die Möglichkeit bei Interesse an den Studienresultaten eine Email an die Studienleiterinnen zu schicken. Im Anschluss konnten die Daten im CSV-Format aus dem Tool exportiert und anschliessend in die Statistiksoftware SPSS, Version 20 (SPS Inc., Chicago, IL, USA) importiert zu werden. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang ersichtlich.

3.4 Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) wird in der vorliegenden Arbeit nicht weiter erläutert, da er nicht Teil dieser Arbeit ist. Frau Jeker (2014) wird in ihrer Bachelorarbeit auf diesen Fragebogen eingehen und die Ergebnisse analysieren.

3.4.1 Fragebogen zu den Persönlichkeitsdimensionen (NEO-FFI)

Der Fragebogen nach Costa und McCrae (deutsche Version Borkenau & Ostendorf, 2008) ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar und erfasst die wichtigsten Bereiche individueller Unterschiede. Umfangreiche Studien haben gezeigt, dass für die Einschätzung einer Person fünf robuste Dimensionen zugrunde liegen. Das NEO-FFI erfasst mittels fünf Skalen und 60 Items die Dimensionen *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrung*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit*.

- Probanden mit einem hohen **Neurotizismus-Wert** neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen zu machen um ihre Gesundheit.
- Probanden mit einem hohen Wert in **Extraversion** sind gesellig, aktiv, gesprächig, herzlich, optimistisch und heiter.
- Probanden mit einem hohen Wert in **Offenheit für Erfahrungen** bevorzugen Abwechslung und sie sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und stellen traditionelle Werte in Frage.
- Probanden mit einem hohen Wert in **Verträglichkeit** sind altruistisch, mitfühlend, wohlwollend und neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen.
- Die Skala **Gewissenhaftigkeit** unterscheidet pünktliche, ordentliche, disziplinierte, ehrgeizige Personen von gleichgültigen.

Die interne Konsistenz (Reliabilität) der fünf Skalen des Fragebogens liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$. Die Gültigkeit (Validität) wurde mittels Faktorenanalyse sowie im Vergleich mit anderen Persönlichkeitsinventaren ermittelt und als gute Konstruktvalidität befunden. Im Manual werden Normwerte für eine bevölkerungsrepräsentative Quotenstichprobe geliefert. Bei *Neurotizismus* liegen die Normwerte bei $M = 21.95$ ($SD = 8.36$), bei *Extraversion* liegen sie bei $M = 28.38$ ($SD = 6.7$), bei *Offenheit für Erfahrungen* bei $M = 32.1$ ($SD = 6.48$), bei *Verträglichkeit* bei $M = 30.23$ ($SD = 5.69$) und bei *Gewissenhaftigkeit* liegen sie bei $M = 30.87$ ($SD = 7.13$). Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 10 Minuten.

3.4.2 Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)

Der Fragebogen FKB-20 ist ein kurzer Fragebogen zur Diagnose von Körperbildstörungen wie auch zur Erfassung subjektiver Aspekte des Körpererlebens. Es werden die kognitiven und affektiven Aspekte des körperlichen Selbstkonzeptes erfasst. Mit diesem Fragebogen werden zwei unabhängige Dimensionen des Körperbildes gemessen. Mit der Skala *Ablehnende Körperbewertung* (AKB) wird einerseits die äussere körperliche Erscheinung beurteilt, andererseits wird das Gefühl der Stimmigkeit wie auch das Wohlbefinden im eigenen Körper wertend beschrieben. Die Skala *Vitale Körperdynamik* (VKD) thematisiert den energetischen und bewegungsbezogenen Aspekt des Körperbildes. Diese Dimension beschreibt, in welchem Ausmass Kraft, Fitness und Gesundheit empfunden wird.

Die Autoren betonen, dass es ihnen wichtiger ist die relativ zeitstabilen, körperlichen Aspekt des Selbstkonzeptes zu erfassen als die aktuelle körperliche Befindlichkeit. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet und zur Auswertung wird den Antworten ein numerischer Wert zugewiesen (trifft nicht zu = 1; trifft kaum zu = 2; trifft teilweise zu = 3; trifft weitgehend zu = 4; trifft völlig zu = 5). Zur Auswertung wird der Skalensummenwert durch Addition der 10 Itempunkte berechnet und mit Normwerten verglichen. Die Vergleichswerte im Manual unterscheiden zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht und zwischen Patientengruppen und Medizin- bzw Sportstudierenden. In der Tabelle 3 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Skalen aufgeführt. Genauere Angaben sind im Manual des Fragebogens zu finden.

Resultate sollten erst als auffällig interpretiert werden, wenn sie ausserhalb des Durchschnittsbereichs liegen. Die Bearbeitungszeit des Tests liegt bei 6 – 8 Minuten und ist für erwachsene Personen geeignet. Die Reliabilitätswerte liegen für die Skala *ablehnende Körperbewertung* bei 0.84 und für die Skala *vitale Körperdynamik* bei 0.91 (Clement & Löwe, 1996).

Tabelle 3 Normwerte des Fragebogens FKB-20

AKB	<i>M</i>	<i>SD</i>	VKD	<i>M</i>	<i>SD</i>
Medizinstudierende			Medizinstudierende		
- weiblich	20.55	7.1	- weiblich	36.56	5.82
- männlich	17.69	4.63	- männlich	38.32	4.23
Sportstudierende			Sportstudierende		
- weiblich	19.51	6.53	- weiblich	38.74	4.77
- männlich	17.57	4.91	- männlich	39.46	5.21
Patientengruppe			Patientengruppe		
- weiblich	27.12	8.7	- weiblich	27.03	7.36
- männlich	25.76	7.79	- männlich	27.09	7.59

AKB (ablehnende Körperbewertung), VKD (vitale Körperdynamik), *M*= Mittelwerte, *SD*= Standardabweichung

3.5 Statistische Verfahren

Die statistische Analyse des Datensatzes wurde mit dem Computerprogramm SPSS Statistics 20 durchgeführt.

Haupthypothese H1: Anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben wird überprüft, ob sich der Mittelwert des Körperbildes der adipösen Probanden signifikant unterscheidet vom Mittelwert der normalgewichtigen Probanden. Das Ziel der Berechnungen des t-Tests ist, die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen zu erfassen.

Hypothese H2: Hier wird ebenfalls anhand des t-Tests untersucht, ob es Unterschiede gibt zwischen den *adipösen* und den *normalgewichtigen* Probanden auf den fünf Dimensionen des NEO-FFI.

Hypothesen H3: Zur Berechnung dieser Hypothese wird die lineare Regressionsanalyse eingesetzt. Dies ist ein multivariates Verfahren, das Zusammenhänge zwischen Variablen erfasst. Das Kriterium ist das Körperbild, aufgeteilt in *Abwertende Körperbewertung* und *Vitale Körperdynamik*, und die Prädiktoren sind die fünf Dimensionen *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* des Persönlichkeitsfragebogens NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 2008).

Für alle Berechnungen wird das Signifikanzniveau auf $p \leq 0.05$ (zweiseitig) festgelegt. Die Daten der abhängigen Variablen werden anhand Q-Q-Diagramme auf ihre Normal-

verteilung geprüft und falls diese nicht gegeben ist, wird eine Rangtransformation durchgeführt. Bei den t-Tests werden für die Effektstärken die Richtlinien von Cohen (1988) übernommen, dabei wird unterschieden zwischen kleinen ($d = \pm 0.2$), mittleren ($d = \pm 0.5$), und grossen ($d = \pm 0.8$) Effekten.

Die Regressionsanalyse wird mit einem schrittweisen Einsetzen der Variablen auf Kollinearitäts- und Suppressionseffekte kontrolliert. Effektstärken werden mit dem korrigierten r^2 angegeben, wobei $r^2 = 0,02$ als kleiner, $r^2 = 0,13$ als mittlerer und $r^2 = 0,26$ als grosser Effekt angesehen wird.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt. Zuerst folgt eine Übersicht der soziodemographischen Daten und weiteren Angaben zur Stichprobe und im Anschluss wird auf die einzelnen Hypothesen eingegangen.

4.1 Beschreibung der Studienpopulation

Die Online-Umfrage lief vom 15. Januar 2014 bis am 16. Februar 2014. Zum Zeitpunkt der Schliessung haben 323 Personen die Umfrage angefangen und insgesamt 165 Personen haben die Umfrage bis zum Schluss bearbeitet. Die Beendigungsquote liegt bei 53.3%. Die mittlere Bearbeitungszeit betrug 15.3 Minuten.

Geschlecht

Die Studienpopulation setzt sich insgesamt aus 165 Probanden zusammen. Der Anteil weiblicher Probanden ist mit 136 (82.4 %) deutlich grösser als der Anteil männlicher Probanden mit 29 (17.6%) Studienteilnehmern. Die Untersuchungsgruppe *Adipositas* ($n=32$) setzte sich aus 27 Frauen (84.4%) und 5 Männer (15.6%) zusammen. Die Vergleichsgruppe der *normalgewichtigen* ($n=93$) bestand aus 78 (84.8%) weiblichen und 14 (15.2%) männlichen Probanden.

Altersverteilung

Die Altersspanne der Teilnehmer und Teilnehmerinnen reichte von 18 bis 73 Jahren, bei einem Mittelwert von 37.6 Jahren. Bei der Gruppe *Adipositas* lag das Durchschnittsalter

bei 42.5 Jahren, die Personen der Gruppe *Normalgewicht* wiesen ein Durchschnittsalter von 35.6 Jahren auf.

Tabelle 4 Zusammenfassung der Altersklassen der Studienpopulation

Altersklassen	N= 165	%
< 25 Jahre	16	9.7
26-30 Jahre	39	23.6
31-40 Jahre	53	32.1
41-60 Jahre	51	30.9
> 60 Jahre	5	3

N=Stichprobengrösse

Body mass Index (BMI)

Der BMI der gesamten Stichprobe weist einen Mittelwert von 26.00 kg/m² auf. Der tiefste BMI lag bei 17.04 kg/m² und der höchste bei 50.08 kg/m². In der nachfolgenden Tabelle ist die Verteilung der BMI-Werte ersichtlich, angelehnt an die im Kapitel 2.1.1 beschriebenen Kategorien der WHO.

Tabelle 5 Verteilung des BMI in der Studienpopulation

BMI	N= 165	%	M	SD
BMI 16.0-18.4 Untergewichtig	3	1.8	17.8	0.7
BMI 18.5-24.9 Normalgewicht	93	56.4	22.02	1.64
BMI 25.0-29.9 Übergewichtig	37	22.4	27.15	1.5
BMI 30- >50 Adipositas	32	19.4	37.05	5.35

N=Stichprobengrösse, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Schulbildung

Beim Bildungsstand ist ersichtlich, dass ein Grossteil der befragten Personen über einen sehr hohen Bildungsstand verfügt, denn 103 Personen der insgesamt 165 Probanden besitzen einen Universitäts- oder Hochschulabschluss. Von der Untersuchungsgruppe haben 2 Probanden ausschliesslich die obligatorische Schulzeit abgeschlossen. 13 Probanden haben eine Berufslehre, Gymnasium oder Fachmittelschule und 17 adipöse Probanden haben eine Fachhochschule oder ein Universitätsstudium absolviert. In der Vergleichsgruppe haben 32 Personen (35%) eine Berufslehre, Gymnasium oder eine Fachmittel-

schule abgeschlossen und 60 Probanden (65%) haben einen Universitäts-, Fachhochschul- oder Höhere Fachschulabschluss.

Tabelle 6 Zusammenfassung des Ausbildungsstandes der Gesamtstichprobe

Bildungsniveau	N= 165	%
Obl. Schulzeit	2	1.2
Berufslehre, Gymnasium, Fachmittelschule	60	36.4
Universität, Fachhochschule	103	62.4

N= Gesamtstichprobe

Partnerschaft

Beinahe 70 % der befragten Personen lebten in einer festen Partnerschaft. In der Untersuchungsgruppe lebten 20 Personen (62.5%) in einer festen Partnerschaft und 12 Probanden gaben an, in keiner festen Partnerschaft zu leben. In der Vergleichsgruppe lebten 67 (72.8%) in einer Partnerschaft und 25 (27.2%) lebten als Singles.

Kinder

Von der Gesamtstichprobe haben 55 Probanden (33.3%) Kinder. Von den *Adipositas-Probanden* haben 14 (43.8%) Kinder und 18 (56.2%) waren kinderlos. In der Vergleichsgruppe gaben 28 (30.4%) an Kinder zu haben und 64 (69.6%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder.

Psychotherapie

25 Probanden der Gesamtstichprobe (N=165) befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in Psychotherapie. Von den Probanden der *Adipositas-Gruppe* befanden sich 11 (34.4%) in psychologischer Behandlung und in der Vergleichsgruppe gaben 8 Probanden (8.7%) an in psychotherapeutischer Behandlung zu sein.

Krankheiten

Von allen Probanden gaben 25 (16%) an, an einer oder mehreren der aufgeführten körperlichen Beschwerden zu leiden. In der Untersuchungsgruppe der *adipösen Probanden* litten 12 (37.5%) an einer oder mehreren erfragten Krankheiten. In der Vergleichsgruppe litten 7 Personen (7.6%) an einer oder mehreren Krankheiten. Die nachfolgende Tabelle 7 zeigt die Verteilung der Krankheiten innerhalb der Gesamtstichprobe.

Tabelle 7 Zusammenfassung von Krankheiten der Studienteilnehmenden

Krankheiten	N= 165	%
Hoher Blutdruck	9	5.5
Herz- Kreislauf Probleme	2	1.2
Diabetes Mellitus	2	1.2
Orthogenetische Probleme	15	9
Hohe Blutfettwerte	6	3.6
Keine Krankheit	140	84.8

N= Gesamtstichprobe

Operationen

Von allen Probanden haben 16 (9.7%) angegeben sich einer Übergewichtsoperation unterzogen zu haben. Von diesen 16 Probanden, die sich operieren liessen, waren 10 Probanden *adipös*, 5 waren *übergewichtig* und eine Person war *normalgewichtig*.

Tabelle 8 Zusammenfassung von Übergewichtsoperationen der Studienteilnehmenden

Übergewichtsoperation	N= 165	%
Magenband	3	1.8
Magenbypass	15	9
Magenschlauch	1	0.6
Keine Operation	149	90.3

N= Gesamtstichprobe

4.2 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der getesteten Hypothesen deskriptiv sowie interferenzstatistisch dargestellt. Vorausgehend werden die Werte der gesamten Studienpopulation des Fragebogens FKB-20 aufgelistet.

Körperbild der Gesamtstichprobe

Die Tabellen 9 und 10 zeigen die Mittelwerte der Skalen *ablehnende Körperbewertung* und der *vitalen Körperdynamik* des Fragebogens FKB-20 der Gesamtstichprobe.

Die Werte der untersuchten Stichprobe weichen nicht von den Normwerten ab (Vergleich in Tabelle 3). Auf beiden Skalen wurde beinahe das gesamte Spektrum an möglichen Antworten gegeben, von der minimalen Punktzahl (10/ 11) bis zur maximalen Punktzahl (49/ 50).

Tabelle 9 Werte *ablehnende Körperbewertung* der gesamten Studienpopulation

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Ablehnende Körperbewertung	165	23.4	8	10	50

Tabelle 10 Werte *vitale Körperdynamik* der gesamten Studienpopulation

Variable	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Vitale Körperdynamik	165	34.6	6.6	11	49

Fragestellung 1: Gibt es Unterschiede zwischen *adipösen* und *normalgewichtigen* Probanden im Körperbild?

Die Mittelwerte der Dimensionen *Ablehnende Körperbewertung* (ABK) und *Vitale Körperdynamik* (VKD) des Fragebogens FKB-20 der *Adipositas* Gruppe wurden mit den Mittelwerten der Gruppe mit *Normalgewicht* verglichen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass die zwei Skalen des Fragebogens FKB-20 umgekehrt gepolt sind. Auf der Skala *Ablehnende Körperbewertung* entspricht ein hoher Punktwert einer starken Abwertung des Körpers, also einem negativen Körperbild und bei der Skala *Vitale Körperdynamik* bedeutet ein hoher Punktwert, dass man seinen Körper als sehr dynamisch und vital erlebt, was auf ein positives Körperbild schliessen lässt.

Vergleich normalgewichtige und adipöse Probanden bei der Dimension *Ablehnende Körperbewertung*

Der Mittelwert der Gruppe *Normalgewichtige* beträgt $M=20$ mit einer Standardabweichung von $S=5$ Punkten, was einem durchschnittlichen Wert entspricht. Die Probanden-Gruppe mit *adipösen* Menschen erreichte einen Mittelwert von $M=30.9$ mit einer Standardabweichung von $S=9$ Punkten. Dies ist im Vergleich deutlich höher, wobei der Wert sich immer noch im durchschnittlichen Bereich befindet.

Anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben wurden der t-Wert und die Signifikanz berechnet.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander ($t(58) = -7.9, p < 0.001$) bei einer Effektstärke von $d = -1.57$ (grosser Effekt).

Vergleich normalgewichtige und adipöse Probanden bei der Dimension *Vitale Körperdynamik*

Der Mittelwert der Gruppe *Normalgewicht* beträgt hier $M=36.4$ und die Standardabweichung $S=4.6$, der Mittelwert der Gruppe *Adipositas* ist mit $M=30.3$ niedriger und die Standardabweichung liegt bei $S=8.8$. Auch auf dieser Skala sind die Werte beider Gruppen im durchschnittlichen Bereich.

Hier wurden ebenfalls anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben der t-Wert und die Signifikanz berechnet. Dies ergab einen t-Wert von $t(46,4) = 4.53, p < 0.001$ und eine Effektstärke von $d=0.92$. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied mit grossem Effekt.

Fragestellung 2: Gibt es signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale zwischen adipösen und normalgewichtigen Probanden?

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden die fünf Variablen des NEO-FFI beider Gruppen einzeln miteinander verglichen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen aller Dimensionen sind in der Tabelle 11 ersichtlich.

Mit dem t-Test wurden die Mittelwerte aller Dimensionen verglichen, jedoch unterscheiden sich die Mittelwerte der beiden Gruppen nur bei der Dimension *Verträglichkeit* signifikant. Auf dieser Skala war der Mittelwert der *adipösen* Probanden bei $M=31.8$ bei einer Standardabweichung von $S=5.9$ und bei den *Normalgewichtigen* lag der Mittelwert bei $M=34.6$ bei einer Standardabweichung von $S=4.6$.

Im Normvergleich des Manuals ist ersichtlich, dass der durchschnittliche Mittelwert (*Verträglichkeit*) der Gesamtpopulation bei $M=30.23$ und $S=5.69$ liegt. Der t-Test lieferte einen t-Wert von $t(122) = 2.29, p < 0.024$. Es zeigte sich ein signifikantes Resultat. Hier betrug die Effektstärke $d=0.5$, was nach Cohen (1988) als mittlerer Effekt verstanden werden kann. Bei den Dimensionen *Neurotizismus* ($p=0.121$), *Extraversion* ($p=0.307$), *Offenheit für Erfahrungen* ($p=0.092$) und *Gewissenhaftigkeit* ($p=0.199$) zeigten sich keine signifikante Unterschiede.

Tabelle 11 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), Signifikanz (*p*) der Skalen Neurotizismus (N), Extraversion (E), Offenheit für Erfahrungen (O), Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G)

	Gruppe Adipositas		Gruppe Normalgewicht		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
N	21.37	10	18.34	7.156	0.121 n.s
E	27.34	7.6	28.83	4.9	0.307 n.s
O	32.97	6.4	35.12	5	0.092 n.s
V	31.8	5.9	34.5	4.6	0.024*
G	32	6.6	33.7	6.1	0.199 n.s

* $p > 0.05$, n.s= nicht signifikant

Fragestellung 3: Gibt es Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang haben mit dem Körperbild?

Um die Frage zu beantworten wird untersucht, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den Variablen des Körperbildes und den Persönlichkeitsfaktoren. Auch hier werden die beiden Skalen AKB und VKD einzeln angeschaut.

Vergleich NEO-FFI und Ablehnende Körperbewertung (AKB)

Bei der Regressionsanalyse wurden die Prädiktoren einzeln eingefügt. Das Regressionsmodell mit den drei Prädiktoren *Neurotizismus*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Verträglichkeit* wurde signifikant: $F=19.24$, $df=3(161)$, $p<.001$, korr. $r^2=.25$. Die Variable *Neurotizismus* korreliert positiv mit der Skala abwertende Körperbewertung, die Variablen *Offenheit für Erfahrungen* und *Verträglichkeit* korrelieren negativ mit der Variable *abwertende Körperbewertung*. Die drei unabhängigen Variablen können zusammen 25% der Varianz der ablehnenden Körperbewertung erklären, was ein grosser Effekt ist.

Tabelle 12 Zusammenfassung der Regressionsanalyse (AKB und Persönlichkeitsdimensionen)

Abhängige Variable	Sign. Prä- diktoren	Erklärungskraft Modell Korr. r^2	Beta β	df	F	p
Ablehnende Körperbewertung		,25		3/ 161	19.24	,000**
	N		3.24			,000**
	O		-,189			,008*
	V		-,22			,002*

N=Neurotizismus, O= Offenheit für Erfahrungen, V=Verträglichkeit/ * $p < ,05$, ** $p \leq ,0001$

Vergleich NEO-FFI und Vitale Körperdynamik (VKD)

Auch hier wurden die Prädiktoren einzeln eingefügt. Das Regressionsmodell mit den Variablen *Neurotizismus*, *Offenheit für Erfahrungen* und *Extraversion* wurde signifikant: $F=27.7$, $df=3(161)$, $p < .001$, korr. $r^2=.33$. Daraus wird ersichtlich, dass die drei unabhängigen Variablen zusammen 33% der Varianz der *vitalen Körperdynamik* erklären können, was ein grosser Effekt ist. Die Variable *Neurotizismus* korreliert negativ mit der Skala *vitale Körperdynamik*, die Variablen *Offenheit für Erfahrungen* und *Extraversion* korrelieren positiv mit der Variable *vitale Körperdynamik*.

Tabelle 13 Zusammenfassung der Regressionsanalyse (VKD und Persönlichkeitsmerkmale)

Abhängige Variable	Sign. Prä- diktoren	Erklärungskraft Modell Korr. r^2	Beta β	df	F	p
Vitale Körperdynamik		,33		3/ 161	27.7	,000**
	N		-.257			,001*
	O		.244			,000**
	E		.289			,000**

N=Neurotizismus, O= Offenheit für Erfahrungen, E=Extraversion/ * $p < ,05$, ** $p \leq ,0001$

5 Diskussion

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der deskriptiven Statistik zuerst zusammengefasst um sie in einem weiteren Schritt zu diskutieren und zu interpretieren. Eine kritische Stellungnahme zum methodischen Vorgehen und ein Ausblick in weiterführende Forschungsthemen schliessen die Diskussion ab.

5.1 Zusammenfassung der Untersuchung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist zu untersuchen, inwiefern sich adipöse von normalgewichtigen erwachsenen Personen hinsichtlich ihres Körperbildes und ihrer Persönlichkeitseigenschaften unterscheiden. Dazu wurde eine internetbasierte Umfrage mit Fragen zu Persönlichkeitseigenschaften und zum Körperbild mit adipösen und normalgewichtigen Personen durchgeführt. Anhand der Umfrageergebnisse und der beigezogenen Theorien und Studien werden die Hypothesen beantwortet und interpretiert.

5.2 Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse

Haupthypothese 1: Erwachsene Menschen mit Adipositas haben ein negativeres Körperbild als normalgewichtige erwachsene Menschen.

Wie erwartet unterscheiden sich adipöse erwachsene Probanden von normalgewichtigen erwachsenen Probanden auf den Skalen *abwertende Körperbewertung* und *vitale Körperdynamik* signifikant und dies mit einem grossen Effekt. Somit kann festgehalten werden, dass adipöse Personen über ein signifikant negativeres Körperbild verfügen als normalgewichtige Personen. Die Haupthypothese H1 kann angenommen werden.

Diese Ergebnisse überraschen nicht. Adipöse Menschen fallen auf, sie unterscheiden sich augenscheinlich von dem in den Medien propagierten Schönheitsideal. Häufig leiden adipöse Personen seit ihrer Kindheit an Übergewicht. Das starke Übergewicht schränkt sie in ihrer körperlichen Beweglichkeit stark ein und sie beginnen schneller zu Schwitzen. Es kann auch vorkommen, dass Einrichtungen im Öffentlichen Raum, wie beispielsweise Sitzgelegenheiten, für übergewichtige Menschen zu klein ausgemessen sind. Wie in Kapitel 2.1.6 beschrieben, geht Adipositas oft einher mit Diskriminierungen und Hänseleien. Es herrschen stereotype Einstellungen, dass adipöse Personen einen schwächeren Willen haben und zudem faul, liederlich und inkompetent sind. Diese Einschränkungen, Vorur-

teile und Diskriminierungen können zu einer gestörten Identifikation mit dem Körper, zu einem niedrigeren Selbstwert und zu negativen Auswirkungen auf das Körperbild führen.

Hypothese 2: Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang mit Adipositas aufweisen.

Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (*Adipositas* und *Normalgewicht*) gibt es ausschliesslich bei der Variabel *Verträglichkeit* einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte mit einem mittleren Effekt. Die normalgewichtigen Probanden erzielten einen höheren Wert als die adipösen Probanden. Dieses Resultat überrascht, denn in keiner anderen Studie oder Theorie wurde ein Unterschied bei dieser Variabel beschrieben.

Die Variable *Verträglichkeit* steht laut dem Manual des Fragebogens NEO-FFI für Altruismus, Mitgefühl, Verständnis, Wohlwollen, Vertrauen, Kooperation, Harmoniebedürfnis und Nachgiebigkeit. Die Mittelwerte der Variable *Verträglichkeit* unterscheiden sich zwar in den Gruppen *Adipositas* und *Normalgewicht*, im Vergleich zu den Normwerten der Gesamtpopulation gemäss Manual sind jedoch die Werte beider Gruppen über dem durchschnittlichen Mittelwert. Die Studienpopulation der Vergleichsgruppe setzt sich zu einem grossen Teil aus Psychologie-Studierenden zusammen. Da angehende Psychologen und Psychologinnen über ein hohes Mass an Empathie verfügen sollten, ist es möglich, dass der Wert der Vergleichsgruppe nicht repräsentativ ausfällt und somit der Unterschied nicht übertragen werden kann. Die Hypothese kann angenommen werden, die Werte sollten jedoch mit einer anderen Stichprobe erneut untersucht werden.

Hypothese 3: Es gibt Persönlichkeitseigenschaften die einen Zusammenhang mit dem Körperbild aufweisen.

Die Ergebnisse zeigen klar, dass es Persönlichkeitsfaktoren gibt, die einen Zusammenhang mit dem Körperbild aufweisen. Die Dimension *Neurotizismus* korrelierte positiv, die Dimensionen *Offenheit für Erfahrungen* und *Verträglichkeit* korrelierten negativ mit der Skala *ablehnende Körperbewertung*. Daraus lässt sich schliessen; Je höher der Neurotizismus-Wert, desto negativer ist das Körperbild. Je höher der Wert *Offenheit für Erfahrungen* und je höher der Wert *Verträglichkeit*, desto positiver ist das Körperbild. Mit der Skala *vitale Körperdynamik* korrelierte die Dimensionen *Neurotizismus* negativ und die Dimensionen *Offenheit für Erfahrungen* und *Extraversion* korrelierten positiv.

Hier kann festgehalten werden; Je höher der Neurotizismus-Wert, desto negativer ist das Körperbild und je höher die Werte *Offenheit für Erfahrungen* und *Extraversion*, desto positiver ist das Körperbild.

Die Dimension *Neurotizismus* zeigt auf beiden Skalen des Fragebogens FKB-20 (*abwertende Körperbewertung* und *vitale Körperdynamik*) signifikante Zusammenhänge. Laut Costa und McCrae (1992) geht ein hoher Neurotizismus-Wert einher mit Ängstlichkeit, Unsicherheit und Sorgen um die eigene Gesundheit. Personen mit diesen Eigenschaften haben eine grössere Tendenz zur Unzufriedenheit und verfügen möglicherweise über weniger Bewältigungsstrategien um den Selbstwert zu regulieren. Diese Faktoren können ein negatives Körperbild fördern. In anderen Studien wurde dieser Zusammenhang bereits so gefunden (bsp. Swami et al. 2013).

Auch der Persönlichkeitsfaktor *Offenheit für Erfahrungen* korreliert mit beiden Skalen des FKB-20, jedoch umgekehrt. Dies bedeutet, dass ein hoher Wert in *Offenheit für Erfahrungen* für ein positives Körperbild spricht. Gemäss Manual des NEO-FFI Fragebogens sind Personen mit einem hohen Wert auf dieser Dimension flexibel, wissbegierig, kreativ, phantasievoll und bereit bestehende Normen zu hinterfragen. Dies kann für das Individuum bedeuten, dass man sich nicht von aussen gegebenen Konventionen beeinflussen lässt und soziokulturelle Faktoren nicht den Selbstwert oder das Körperbild beeinflussen.

Personen die sehr verträglich sind, zeigen ein hohes Mass an altruistischem, mitfühlendem und wohlwollendem Verhalten und neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen. Wie in Kapitel 2.2.2 behandelt, wird das Körperbild in der Beziehung zu anderen Menschen entwickelt. Wenn diese Beziehungen von Wohlwollen und Vertrauen geprägt sind, könnte dies einen positiven Einfluss auf das Körperbild haben.

Probanden mit einem hohen Extraversions-Wert sind laut Costa und McCrae (1992) gesellig, aktiv, gesprächig, herzlich, optimistisch und heiter. Dass Personen mit den genannten Eigenschaften ihre Körperdynamik als vital erleben, scheint einleuchtend. Bei der Entwicklung des Körperbildes spielt die Persönlichkeit eine wichtige Rolle. Laut Wertheim & Paxton (2012) sind ein niedriger Selbstwert und Depressivität zwei Prädiktoren für die Entwicklung eines negativen Körperbildes. Diese beiden Eigenschaften sind konträr zu der Beschreibung von *Extraversion*.

5.3 Schlussfolgerung

Wie eingangs in dem Zitat von Posch (2009) beschrieben, werden Schönheitsideale stark von der Gesellschaft geprägt. So wird laut Posch (2009) ein stämmiger Leib in der westlichen Welt negativer gewertet als in Ländern in denen gehungert wird. In den letzten Jahrzehnten bildete sich ein grosser Graben zwischen Ideal- und Realbild, denn die Verbreitung von Adipositas nimmt in der Gesellschaft stetig zu und ist ein grosses gesundheitliches Problem. Auf der anderen Seite ist die Akzeptanz und das Verständnis klein und adipöse Menschen leiden unter Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Um dieses Ungleichgewicht zu reduzieren, ist es wichtig die Gesellschaft zu sensibilisieren und aufzuklären und das in den Medien verbreitete Schönheitsideal zu hinterfragen.

Um der ‚pandemieartigen‘ Verbreitung von Adipositas entgegenzuwirken, wäre es jedoch ebenfalls wichtig in der Gesellschaft für einen Lebensstil mit gesünderem Essverhalten und mehr Bewegung zu propagieren.

Beim Individuum angesetzt bestätigen die Resultate dieser Studie, dass es in der Therapie von adipösen Personen wichtig ist am Körperbild und am Selbstwert zu arbeiten. Durch eine Körperbildtherapie können Patienten und Patientinnen mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu einem verbesserten Körpergefühl finden, anstatt in erster Linie das Gewicht zu reduzieren. So kann der Körper wieder besser gespürt und die Bedürfnisse differenzierter wahrgenommen werden. Idealerweise entstehen daraus positive Verhaltensweisen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten und es werden positive Bewältigungsstrategien eingesetzt.

Wie die Hypothese 3 zeigt, haben Persönlichkeitseigenschaften wie *Neurotizismus*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Extraversion* und *Verträglichkeit* einen Zusammenhang mit dem Körperbild, unabhängig vom Gewicht einer Person. Wenn also die Persönlichkeitseigenschaft *Offenheit für Erfahrungen* eine Person vor einem negativen Körperbild schützt und *Neurotizismus* ein negatives Körperbild fördert, sollte dies in der Therapie berücksichtigt werden und die Eigenschaften gefördert bzw. einen guten Umgang damit gefunden werden.

5.4 Methodenkritik und Ausblick

Einige Aspekte der vorliegenden Arbeit sollten kritisch hinterfragt werden. Die Stichprobe der Umfrage umfasste viel mehr Frauen als Männer. Bei einer ausgewogenen Verteilung der Geschlechter, wäre ein Vergleich des Körperbildes interessant gewesen. Auch die Verteilung der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe weist einen sehr starken Unterschied auf. Es stellte sich als schwierig heraus, adipöse Probanden für die Umfrage zu gewinnen. Laut Wirth und Hauner (2013) sind nur Studien verlässlich, in denen die Probanden gemessen und gewogen werden. In der vorliegenden Arbeit wurden die Probanden aufgefordert ihr Gewicht und ihre Grösse anonym anzugeben. Wir haben darauf vertraut, dass sie seriös antworten.

Da die Vergleichsgruppe zu einem grossen Teil aus Studierenden der ZHAW (Department ‚angewandte Psychologie‘) besteht, ist die Repräsentativität der Stichprobe in Frage gestellt.

Bei der Umfrage wurde die Binge-Eating-Störung nicht berücksichtigt. Es wurde auch nicht erhoben, ob die Probanden zurzeit Medikamente einnehmen, die eine starke Gewichtszunahme verursachen können. Diese Angaben hätten zu einem differenzierteren Ergebnis geführt. Es wäre auch interessant gewesen zu erfahren, ob die adipösen Probanden bereits als Kinder Probleme mit starkem Übergewicht hatten, sie in der Vergangenheit starke Gewichtsschwankungen erlebten, und sie sich zurzeit in einer Diät befinden. Mit dem Fragebogen FKB-20 wird versucht das individuelle Körperbild zu erfassen. Wiedemann (1986) betont, dass mit einem verbalen Verfahren wie dem FKB-20 wichtige Bereiche der Subjektivität des Körperbildes nicht erfasst werden können.

Demnach wäre es interessant in einer weiterführenden Arbeit mittels qualitativer und projektiver Verfahren die subjektiveren Faktoren des Körperbildes zu untersuchen.

Folgende Fragen könnten ebenfalls Bestandteil einer weiterführenden Arbeit zum Thema Adipositas sein: Wie verändert sich das Körperbild nach Gewichtsverlust (durch eine Diät oder eine chirurgische Operation)? Wie unterscheidet sich das Körperbild zwischen adipösen Männern und Frauen?

6 Literaturverzeichnis

- Barte, J. C., Bogt, N. C., Bogers, R. P., Teixeira, P. J., Blissmer, B., Mori, T. A. & Be-
melmans, W. J. E. (2010). Maintenance of weight loss after lifestyle interventions
for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews*, 11 (12), 899–
906. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-fünf-faktoren-inventar nach Costa und
McCrae (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik (bfs). (2012) Nimmt die Schweiz ihre Verantwortung wahr? –
Übergewicht. Zugriff 5.5.2014. Verfügbar unter:
[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/21/02/ind32.indicator.70209.9
0602.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/21/02/ind32.indicator.70209.90602.html)
- Burke, N. L., Schaefer, L. M. & Thompson, J. K. (2012). Body Image. In V. S. Rama-
chandran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (2. Aufl.) (S. 365-371). San
Diego: Academic Press.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)*. Göttingen: Ho-
greffe.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)* Hillsda-
le: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised neo personality inventory (neo pi-r) and
neo five-factor inventory (neo-ffi)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Re-
sources.
- Delinsky, S. S. & St. Germain, S. A. (2012). Anorexia nervosa. In T. F. Cash (Hrsg.),
Encyclopedia of body image and human appearance (S. 8-14). Oxford: Academic
Press.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG). (2007). Prävention und Therapie der Adiposi-
tas. Evidenzbasierte Leitlinien. Zugriff 10.3.2014. Verfügbar unter:
<http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Adipositas->

Leitlinie-2007.pdf

- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M: Fischer.
- Eberwein, M., Schui, G. & Krampen, G. (2006). Zur Entwicklung deutschsprachiger Testverfahren in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Diagnostica*, 52 (4), 199-207.
- Elfhag, K. & Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9(3), 285-293. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.003
- Ellrott, T. & Pudel, V. (1998). *Adipositas therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A. & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Frankfurt: Fischer.
- Friedli, J. (2006). *Übergewicht und Psyche: Inkongruenzniveau und Rückfall bei Adipositas: Konsistenz statt Diät oder was erfolgreiche Abnehmer unterscheidet*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2013). Arbeitspapier 3 Gesundes Körperbild. Zugriff 30.3.2014. Verfügbar unter:
http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_003_GFCH_2013-03_-_Healthy-Body-Image.pdf
- Harter, S. (1999). *The constrction of the self. A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Herpertz, S., De Zwaan, M. & Zipfel, S. (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.

- Hilbert, A., Rief, W. & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity, Silver Spring* (7), 1529-34. doi: 10.1038/oby.2008.263.
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A. & Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175–180. doi: 10.1037/0021-843X.117.2.414.
- Jeker, F. (2014). *Selbstwirksamkeit bei erwachsenen Menschen mit Adipositas*. Zürich: Bachelorarbeit, ZHAW Departement Psychologie.
- Johnson, D. H. (2012). *Klassiker der Körperwahrnehmung: Erfahrungen und Methoden des Embodiment*. Bern: Huber.
- Joraschky, P., Loew, T. & Röhrich, F. (2009). *Körpererleben und Körperbild: Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Jüntgen, L., Freund, P. A., Tietjens, M. & Holling, H. (2009). Unterschiede im physischen Selbstkonzept bei normalgewichtigen und adipösen Personen. Eine Analyse mit dem Physical Self Description Questionnaire von Marsh et al.. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 16(4), 140-150. doi: 10.1026/1612-5010.16.4.140
- Küchenhoff, J. & Agarwalla, P. (2013). *Körperbild und Persönlichkeit*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Betz, S., Baguena Puigcerver, M. J., Benecke, A., Troje, N. F., & Ruddel, H. (2011). Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: An exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behavior Modification*, 35(2), 162-186. doi: 10.1177/0145445510393478.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67 (3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L. & Tremayne, P. (1994). Physical Self Discription Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-

- multimethod analysis of relation to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 634-650.
- McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E. & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (5), 634-651.
- Mensink, G. B. M., Schienkewitz, A. & Scheidt-Nave, C. (2012). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55, 3-4. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBL_2012_55_BM_Kurth.pdf?__blob=publicationFile Zugriff: 6.5.2014
- Möller, H. J., Laux, G., & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Müller, M. J., Mast, M., Bosy-Westphal, A. & Danielzik, S. (2003). Diagnostik und Epidemiologie. In F. Petermann & V. Pudel (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas* (S. 29-44). Göttingen: Hogrefe.
- Myers, A. & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image and self-esteem. *International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders*, 23 (3), 221–230. doi:10.1038/sj.ijo.0800765
- Petermann, F. & Pudel, V. (2003). *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2003). Die Sichtweise der Patienten: Selbstkonzept und Körperbild bei Menschen mit Adipositas. In F. Petermann & V. Pudel (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas* (S. 29-44). Göttingen: Hogrefe.
- Posch, W. (2009). *Projekt Körper. Wie der Kult der Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.
- Pudel, V. (2003). Psychologische Aspekte der Adipositas- Prävention, Therapie und Gewichtserhaltung. In Wechsler, J. G. (Hrsg.), *Adipositas, Ursachen und Therapie* (S. 229-244). Berlin: Blackwell Verlag.
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*

- arch*, 9, 788–805. doi:10.1038/oby.2001.108
- Puhl, R. M., Henderson, K.E. & Brownell, K.D. (2008). Social consequences of obesity. In P. Kopelman, I. Caterson, & W. Dietz (Eds.), *Clinical obesity and related, metabolic disease in adults and children* (S. 29-45). Oxford, UK: Blackwell.
- Puhl, R. M. & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 557-580.
- Röhricht, F. (2008). Die multimodale körperorientierte Psychotherapie (KPT) der Essstörungen – theoretische und erfahrungsbezogene Ansätze für eine Manualisierung. In P. Joraschky (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen* (S. 281-293). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Röhricht, F., Seidler, K. P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K. & Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychother Psych Med*, 55, 183–190. doi:10.1055/s-2004-834551
- Rosen, J. C. (1990). Body-image disturbance in eating disorders. In T. C. Dash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance and Change* (S. 190-214). New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C. (2001). Improving body image in obesity. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (S.425-440). Washington: American Psychological Association.
- Rytz, T. & Wiesmann Fiscalini, S. (2013). *Essstörungen und Adipositas: Akzeptanz Verkörpern. Formen Körperorientierter Gruppentherapien*. Bern: Huber.
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K. & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 69-87.
doi:10.1016/j.psc.2004.09.002
- Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2003). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.

- Sleddens, E. F., Gerards, S. M., Thijs, C., de Vries, N. K. & Kremers, S. P. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6 (2), 12-27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339
- SPSS (2012). *Version 20* [Computer Software]. Chicago, IL: SPS Inc.
- Stadt Spital Triemli Zürich. (2014) Magensleeve-Resektion.
Zugriff 10.2.2014. Verfügbar unter:
http://www.stadtzuerich.ch/content/triemli/de/index/kliniken_institute/viszeralchir_t horaxchir_ gefaesschir/bariatrische_chirurgie/magensleeve resektion.html
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993. doi: 10.1037/0033-2909.128.5.825
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2006). *Embodiment. Die Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber.
- Stroebe, W. (2002). Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. *Psychologische Rundschau*, 53, 14-22. doi: 10.1026//0033-3042.53.1.14
- Stunkard, A. J. (1978). Behavioral treatment of obesity: the current status. *International Journal of Obesity*, 2 (2), 237-248.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B. & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 101(3), 579. doi: 10.1037/a0024286.
- Swami, V., Tran, U. S., Brooks, L. H., Kanaan, L., Luesse, E. M., Nader, I. W., Pietschnig, J., Stieger, S. & Voracek, M. (2013). Body image and personality: Associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 146–151.
doi: 10.1111/sjop.12014
- Symonds, M. E., Sebert, S. & Budge, H. (2011). The obesity epidemic: from the environment to epigenetics - not simply a response to dietary manipulation in a thermoneutral environment. *Frontier in Genetics*, 24. doi: 10.3389/fgene.2011.00024.

- Thomas, S., Karunaratne, A., Lewis, S., Castle, D., Knoesen, N., Honigman, R., Hyde, J., Kausmann, R. & Komesaroff, P. (2010). 'Just bloody fat!': A qualitative study of body image, self-esteem and coping in obese adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 39-49.
- Tiggemann, M. (1994). Gender differences in the interrelationships between weight dissatisfaction, restraint, and self-esteem. *Sex roles*, 30, 319-330.
- Trojca, D., Nasrawi, N. & Vocks, S. (2007). *Körperbildtherapie bei Adipositas: Effekte auf die verschiedenen Körperbildkomponenten*. 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e. V.: Prien am Chiemsee. Verfügbar unter: <http://www.egms.de/de/meetings/dgess2007/07dgess93.shtml>
- Tuschen-Caffier, B. (2008). Körperbildstörungen bei Essstörungen: Theoretische Konzeptionen, empirische Befunde und deren Implikationen für die Psychotherapie. In P. Joraschky, P. Lausberg, H. Poehlmann, (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen* (S.35-48). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Troje, N. & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 286-295. doi:10.1026/1616-3443.35.4.286
- Warschburger, P. (2012). Adipositas: Konzeptuelle Beiträge der Psychologie. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), *Die grossen Volkskrankheiten, Band Psychologie Gesellschaft Politik* (S.47-54). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2008) *Adipositas. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Band 10)*. Göttingen: Hogrefe.
- Weigel, E., (2008). *Körperschemastörungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Wertheim, E. H. & Paxton, S. J. (2012). Body Image Development-Adolescent Girls. In T. F. Cash (Ed.). *Encyclopedia of Body Image and Appearance*, (S.189). Oxford: Academic Press.
- Wiedemann, P. M. (1986). Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin* (S. 199-219). Berlin: Springer.
- Wirth, A. & Hauner, H. (2013). *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Wolf, A. M. (2008). Adipositaschirurgische Therapiemöglichkeiten. In S. Herpertz, M. De Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.) (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.
- Wonderlich, S. A., De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Peterson, C. & Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder. Conceptual implications. *International Journal of eating Disorders*, 34, 58-73. doi: 10.1002/eat.10206
- World Health Organisation (2000). *Obesity. Preventing an managing the global epidemic*. Genf: WHO.
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorder*, 34, 117-120. doi: 10.1002/eat.10211

7 Anhang

+

+

Willkommen zur Umfrage über Körperbild und Persönlichkeit.

Herzlichen Dank, dass Sie an der Studie im Rahmen unserer Bachelorarbeit teilnehmen.

Das Ausfüllen der Umfrage wird ca. 10-15 Minuten dauern.

Madlaina Bezzola

Franziska Jeker

Um an dieser Studie teilnehmen zu können, ist es notwendig, dass Sie ihr Einverständnis geben.

Bitte lesen Sie folgende Punkte durch:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich an einer psychologischen Studie teilnehme.
Meine Daten werden vertraulich behandelt. Die Auswertung meiner Daten erfolgt ausschliesslich zu statistischen Zwecken und anonym.
Die Daten, welche im Rahmen der Studie über mich erhoben werden, dürfen für weitere Forschungsprojekte verwendet werden. Auch für diese weiteren Forschungsprojekte gilt die Zusicherung der Anonymität.
Mir wird eine Kontaktperson angegeben, der ich jederzeit Fragen zur Studie stellen kann.
Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

- ☐ Ich erkläre mich mit den oben genannten Punkten einverstanden.
- ☐ Nein, ich erkläre mich mit den oben genannten Punkten nicht einverstanden.

Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich

Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

- ☐ Obligatorische Schulzeit
- ☐ Berufslehre, Gymnasium, Fachmittelschule
- ☐ Universität, Fachhochschule, Höhere Fachschule
- ☐ Anderes

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

+

1

+

+

+

Haben Sie Kinder?

- ☐ Ja
☐ Nein

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

- ☐ ja, seit (bitte in Monaten angeben)
:
☐ nein

Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Krankheiten/Symptome?

- ☐ Hoher Blutdruck
☐ Herzerkrankungen
☐ Diabetes
☐ Orthopädische Probleme
☐ Hohe Blutfettwerte
☐ Keine

Haben Sie sich einer der folgenden Übergewichtsoperationen unterzogen?

- ☐ Magenband
☐ Magenbypass
☐ Magenschlauch
☐ Andere
☐ Keine

+

2

+

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: